

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT- FERRAND**

UNIVERSITE D'Auvergne – UFR DE MEDECINE

**Projet de naissance :
Information aux femmes durant la
grossesse
Etat des lieux sur l'élaboration d'un tel
projet**

Mémoire présenté et soutenu par

Cynthia ROUSSET

Née le 08 Décembre 1989

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2012

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT- FERRAND**

UNIVERSITE D'Auvergne – UFR DE MEDECINE

**Projet de naissance :
Information aux femmes durant la
grossesse
Etat des lieux sur l'élaboration d'un tel
projet**

Mémoire présenté et soutenu par

Cynthia ROUSSET

Née le 08 Décembre 1989

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2012

Remerciements

A Madame Leymarie Marie-Christine pour ses corrections attentives.

A Madame Tarraga Elisabeth pour ses conseils, son avis, ses corrections et son soutien dans la réalisation de ce travail.

A toutes les cadres sages-femmes, sages-femmes, étudiantes sages-femmes, qui ont participé à la distribution de mes questionnaires.

Aux femmes qui ont pris le temps de remplir mon questionnaire. A toutes celles qui ont pris le temps de me donner leur avis.

A mes parents qui m'ont supportée, soutenue, et qui le feront encore.

A ma nièce

A ma marraine pour les lectures, corrections, les relectures, les re-corrections.

A Christophe pour la confiance qu'il a su me donner en moi-même.

A l'ensemble de ma promotion.

A Camille, Brune, Laura, Cindy, Delphine, Cécile pour notre belle amitié. Et à Marjorie pour les expériences que l'on a vécues ensemble et pour une en particulier...

Et merci tout particulièrement, à ma sœur qui a su me faire découvrir une partie de moi que je ne connaissais pas et à qui je dédie ce travail.

« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas »

Patrick Verspieren

« L'information peut tout nous dire. Elle a toutes les réponses. Mais ce sont des réponses à des questions que nous n'avons pas posées, et qui ne se posent sans doute même pas. »

Jean Baudrillard

Glossaire

AFAR : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté

APD : Analgésie Péridurale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DGS : Direction Générale de la Santé

ECT : Enregistrement Cardio Tocographique

EGN : Etats Généraux de la Naissance

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDN : Projet de Naissance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RSPA : Réseau Santé Périnatale Auvergne

SF : Sage-femme

VVP : Voie Veineuse Périphérique

Sommaire

Introduction.....	1
I. Revue de la littérature	
1.1. Le projet de naissance : qu'est ce que c'est ?.....	2
1.1.1. Définition de la notion de projet	2
1.1.2. Le projet de naissance	5
1.2. Pourquoi informer les femmes sur le projet de naissance ?	10
1.2.1. Un outil qui semble être légitime au regard de la loi	10
1.2.2. Le projet de naissance est un outil recommandé aux professionnels de la périnatalité.....	13
1.2.3. Le projet de naissance est un outil soutenu par les usagers	16
1.2.4. Avantages et inconvénients du projet de naissance	17
1.3. Informer et construire un projet de naissance.....	20
1.3.1. Le projet de naissance doit être une décision partagée	20
1.3.2. Place des professionnels de santé dans l'information	21
II. Matériels et méthodes	
2.1. Rappel des objectifs de l'étude.....	25
2.1.1. Objectif principal	25
2.1.2. Objectifs secondaires	25
2.2. Type d'étude.....	25
2.3. Matériels et méthodes.....	25
2.3.1. Matériels.....	25
2.3.2. Méthodes	26
III. Résultats	
3.1. Recueil de données	29
3.2. Détail de la population étudiée	30
IV. Discussion	
4.1. Limites de l'étude.....	54
4.1.1. Concernant notre population	54
4.1.2. Concernant le mode de recueil de données	54
4.2. Discussion des résultats de l'étude.....	55
4.2.1. Taux de réponse	55
4.2.2. Caractéristiques de la population	55
4.2.3. Information reçue sur le projet de naissance.....	62
4.2.4. Etat des lieux de l'élaboration d'un projet de naissance	64
4.2.5. Prise en charge des femmes ayant communiqué un projet à l'équipe.....	68
4.3. Projet d'action	68
Conclusion.....	71
Références	
Annexes	

Introduction

Le projet de naissance est un outil relativement récent. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux professionnels de la Périnatalité d'informer les couples à ce sujet dès le début de la grossesse [1] et il est mentionné dans le Plan Périnatal 2005-2007 [2].

Pourtant, aucune étude évaluant l'élaboration effective des projets de naissance en France n'a été retrouvée.

De plus aucune évaluation concernant l'information des femmes à ce sujet n'est connue.

Très peu d'études françaises évoquent le projet de naissance.

Parallèlement cet outil semble être considéré différemment dans les pays anglo-saxons : depuis longtemps, ceux-ci s'intéressent à l'intérêt d'élaborer un projet de naissance et travaillent sur ce dispositif. Il est majoritairement utilisé par les femmes et fait partie des pratiques courantes dans l'accompagnement de la grossesse et de la naissance. Il est le corolaire de leur modèle de prise en charge des parturientes [3].

En tant qu'étudiante sage-femme j'ai rarement assisté à une information sur le projet de naissance donnée par les professionnels de santé.

Durant mes stages, j'ai été confrontée à des couples ayant élaboré des projets de naissance. Plusieurs éléments m'ont étonnée à ce sujet :

- la faible proportion de femme / de couple s'engageant dans cette démarche
- la source d'information de ces femmes / couples : très peu paraissaient avoir reçu l'information sur cet outil par un professionnel de santé.

Par ailleurs, des commentaires étaient souvent faits par les professionnels de santé au sujet du manque d'intérêt du projet de naissance pour les femmes.

Je me suis alors interrogée : comment et quand l'information sur le projet de naissance était donnée aux femmes enceintes ? Que savaient-elles sur le sujet ? Quelle place les sages-femmes et les autres professionnels de santé avaient dans cette information ?

Par la suite, j'ai souhaité évaluer l'élaboration effective de tels projets au sein du Réseau Santé Périnatal Auvergne (RSPA) et les raisons de cette élaboration.

Finalement, évaluer l'impact du projet de naissance sur le vécu de l'accouchement m'a paru nécessaire.

I. Revue de la littérature

1.1. Le projet de naissance : qu'est ce que c'est ?

1.1.1. Définition de la notion de projet

La définition apportée par le dictionnaire de la langue française est : « **projet : n.m, ce que l'on a l'intention de faire** » [4].

De plus, le projet peut aussi se définir comme une « anticipation de type partiellement déterminée ». Cela revient alors à dire qu'« **il s'agit de faire advenir pour soi un futur désiré** » [5].

1.1.1.1. Histoire de la notion de projet [5]

Le projet est une notion relativement **récente**.

En effet, le terme de projet était inconnu des Latins et des Grecs. Ce mot apparaît au XV^{ème} siècle dans la langue française. Néanmoins, à cette époque, il est réservé à l'architecture. Il est utilisé au sens propre : « jeté en avant ». Aujourd'hui, même si le sens propre est toujours utilisé, le sens figuré de ce mot s'est développé.

Le sens actuel du mot projet s'impose au XX^e siècle. Il est alors fortement lié à l'idée de progrès technique.

Dans les années 1970, il est global, idée d'une société et se veut offensif et conquérant. Dans les années 1975, il devient local. Il a pour objectif de redonner espoir mais aussi de stimuler l'imaginaire de la population pour chercher des solutions aux problèmes rencontrés par la société de l'époque.

A ce jour nous sommes dans une « **culture à projets** ». Ceci serait lié au développement scientifique. En effet, « l'une des fonctions du savoir est bien de mener à la prévision ». « Ainsi se déploie sous nos yeux en tous sens une profusion de conduites anticipatives qui avoisinent l'acharnement projectif ». En effet, le mot projet est utilisé dans de nombreux domaines : projet de loi, projet d'orientation, projet professionnel, projet de recherche,... et **projet de naissance** !

1.1.1.2. Définitions possibles pour un projet

D'après P. Boutinet, la notion de projet peut être encore plus approfondie.

Ainsi le projet ne pourrait pas porter « sur le long terme [...] il ne peut pas non plus se limiter au court terme trop immédiat ». Il aurait pour attribut de n'être « jamais totalement réalisé, toujours à reprendre ». De plus, celui-ci est destiné à être intégré dans une histoire. Il entretient une relation complexe avec l'auteur, notamment avec

son « expérience déjà réalisée » et son « histoire personnelle ». Le projet serait vital. Il éviterait à l'individu « de se complaire dans la compulsion de la répétition en s'efforçant de créer de l'inédit ».

Ainsi, le projet semble être une évolution constante, fonction du « futur souhaité et des moyens propres à le faire advenir » qui de cette manière « se fixe un horizon temporel à l'intérieur duquel il évolue ».

La définition approfondie donnée par cet auteur pourrait se mettre facilement en parallèle avec l'idée même d'un projet de naissance.

Ainsi, le projet de naissance devrait donc être une entité **constamment en mouvement et en évolution**. Il serait **dépendant** de **l'histoire** et de **l'expérience** de chaque femme et devrait lui éviter de (re) produire ce qu'elle ne souhaite pas à priori.

Sur le plan psychologique, le projet serait lié à un état de passage de certains stades de l'existence. « Il sert donc à définir les conditions de choix et d'orientation qui se posent aux étapes clés de l'existence lorsque celle-ci, dé-ritualisée, se déroule en milieu technologique ». Or, la naissance est une **étape** de la vie. Le projet devrait permettre d' « anticiper la séquence suivante », comme une femme anticiperait le fait de devenir mère, s'y préparerait, y réfléchirait.

Il est censé aider la parturiente dans son passage d'état de femme à celui de mère en lui donnant le choix sur la manière d'y parvenir. Ceci la rendrait **actrice** de la naissance de son (ses) enfant(s).

P. Boutinet définit 5 prémisses (probablement non exhaustives) qui sont nécessaires pour conduire et élaborer un projet.

Tout d'abord l'« **unicité d'élaboration et de réalisation** » qui exprime qu'une personne ne pourrait ni construire un projet pour autrui, ni réaliser le projet de quelqu'un d'autre.

Ensuite, la « **singularité d'une situation à aménager** » où le projet devrait être « une réponse inédite qu'un acteur singulier apporte à une situation elle-même singulière »

Ces deux premiers points amèneraient donc le projet de naissance à être **la réponse élaborée par un couple (ou éventuellement une femme seule) pour la naissance particulière de cet (ces) enfant(s)**. Il ne pourrait pas être seulement la copie d'un

projet de naissance d'un autre couple ni d'un publié sur internet. Il ne peut pas, non plus, être l'acceptation d'un projet de naissance proposé par la maternité.

Puis la « **gestion de la complexité et de l'incertitude** ». Un projet serait destiné à « gérer l'indétermination d'une situation problématique faite de l'interdépendance de plusieurs paramètres exigeant que ladite situation ne soit pas abusivement simplifiée mais, au contraire, prise dans toute sa complexité ».

Le rôle des sages-femmes leur permet de considérer la grossesse et l'accouchement comme une « situation faite de l'interdépendance de plusieurs paramètres ». Le projet de naissance apparaîtrait donc comme un dispositif pour aider les couples à gérer le moment de la naissance avec toute l'incertitude que celui-ci comprend.

Le projet devrait être l' « **exploration d'opportunité dans un environnement ouvert** », et pourrait se concevoir uniquement dans un environnement susceptible d'être exploré et modifié. Concevoir un projet ce serait donc « estimer que des réalisations sont possibles et en tout état de cause des réalisations sensiblement différentes de tout ce qui a pu être fait jusqu'ici ».

De nouveau il peut exister un parallèle avec le projet de naissance. Dans le domaine de la parturition il n'existe pas de pratiques figées. Ainsi, le projet de naissance peut trouver sa place pour favoriser l'évolution des pratiques.

Enfin, le projet nécessiterait l' « **implication d'auteur(s) et d'acteur(s)** ». Au sein du projet, les auteurs devraient ainsi composer avec les acteurs en fonction du rôle de chacun. Ce rôle doit être bien défini.

Ainsi, pour le projet de naissance, les parents seraient nécessairement les auteurs. Le cœur du projet ne pourrait être que le fruit de la réflexion du couple sur la naissance de leur enfant. Mais, ils devraient placer les professionnels de santé en temps qu'acteurs au sein du dit projet.

Après avoir exposé les généralités qui peuvent être discutées autour du concept de projet, précisons à présent la notion même de projet de naissance.

1.1.2. Le projet de naissance

1.1.2.1.Histoire de la naissance et histoire du projet de naissance

Pour comprendre la mise en place des projets de naissance, il faut tout d'abord comprendre ce qui a marqué l'histoire de la naissance.

Jusqu'au XVIII^e siècle, la naissance est inscrite dans un rituel. En majorité, elle a lieu dans le confinement de la maison mais cela n'empêche pas qu'elle soit l'affaire d'un village tout entier. Aux premières loges, la matrone, une femme âgée ayant acquis, avec le temps, l'« expérience » de l'accouchement. Elle est reconnue par les familles mais également approuvée par le curé. Autour d'elle, les parentes, amies, voisines de la famille ayant déjà enfanté. Elles aident, accompagnent la parturiente par leur expérience et leurs conseils. Les jeunes filles et les enfants sont exclus ; les hommes aussi, à l'exception du père qui se doit d'accueillir le nouveau né contre lui pour le réchauffer [6].

Ce « rite » doit permettre à la parturiente de vivre au mieux son changement de statut femme-mère et son expérience de la maternité : il doit l'amener à avoir confiance en elle et en son pouvoir d'enfanter.

Malgré cet espace rassurant et la liberté des postures de l'époque, la douleur est considérée selon le précepte de la Bible comme une fatalité : « Tu enfanteras dans la douleur ».

D'autre part, la mortalité maternelle et néonatale est importante. Les mutilations sont courantes. Dans de rares cas, l'accouchement a lieu à l'hôpital. A l'époque ce n'est pas un établissement de soins, mais un espace d'accueil et d'assistance pour les pauvres où la mortalité maternelle est estimée entre 10 et 50 %.

A partir du XVIII^e siècle, l'arrivée des chirurgiens dans le monde de la naissance va remettre en cause beaucoup de principes. Des progrès sont réalisés notamment avec l'apparition d'instruments (forceps et leviers). Les « accoucheurs » se rendent souvent indispensables en utilisant ces instruments. C'est un premier pas vers la technicisation de l'accouchement. Dans le même temps, la position sur le dos devient la position imposée ; la femme se retrouve de plus en plus seule face à l'accoucheur [6].

De plus, dans les années 1750, des critiques émergent concernant les matrones et leur manque de connaissances. Ceci aboutira dès 1760 à une vraie formation des sages-femmes, avec notamment les cours proposés par Madame De Coudray. Néanmoins,

malgré une meilleure formation technique, les sages-femmes ne sont plus choisies au sein du village ; elles se révèlent beaucoup plus dures et autoritaires [6]. Déjà, le rituel rassurant autour de la naissance semble compromis.

Le XIX^e siècle sera une véritable rupture. Il va marquer une évolution vers la technicisation de l'accouchement dans un premier temps par l'amélioration de la formation des sages femmes, des travaux de Pasteur et de l'instauration de règles d'hygiène de base. De plus, la découverte de certaines drogues pouvant être utilisées comme anesthésiant rend les femmes de plus en plus « dépendantes » des médecins. Ces méthodes, expérimentées tout d'abord en Angleterre, restent discrètes en France [6].

A partir des années trente, l'Hôpital du milieu urbain devient un espace totalement technicisé avec une organisation bien différente des hôpitaux traditionnels (structure d'accueil). Dans ces endroits, la naissance est bien éloignée de son rituel rassurant. Mais pour de nombreuses raisons (aide de l'Etat, peur de la mortalité,...), les femmes s'orientent quand même vers ces centres de soins pour accoucher. Les parturientes qui en ont les moyens préfèrent accoucher à domicile car l'Hôpital conserve son image d'assistance à la pauvreté.

A la campagne, l'accouchement à domicile par une sage-femme reste pratique courante compte tenue de l'absence de maternité rurale [6].

Jusqu'en 1960, c'est l'autorité incontestée du praticien qui prime. C'est le modèle paternaliste [3]. Le praticien écoute, donne des réponses mais il est le seul à décider. C'est l'apparition de la préparation à la naissance qui entraîne une certaine émancipation des femmes.

Néanmoins, cette pratique finit par évoluer dans les années 1980 face à l'apparition notamment de la péridurale. L'accouchement à l'hôpital est alors préféré, paraissant plus sécurisant : avec l'échographie, l'enregistrement cardiotocographique et la péridurale, il doit permettre de lutter contre la morbi-mortalité périnatale [6].

Si les conditions d'autrefois ne sont pas à regretter, l'entourage chaleureux et l'accompagnement empathique qui se sont perdus au fil des siècles manquent aux femmes.

C'est dans ce contexte qu'apparaît en Angleterre le projet de naissance ou, plus précisément, le « **Plan de naissance** » (« Birth Plan »).

En 1991, à la suite d'une étude sur la satisfaction des parents, l'avis du comité d'expert « «Changing Birth » entraîne dès 1993 l'apparition des projets de naissance. L'objectif étant : « les femmes devraient avoir la possibilité de discuter leur projet en ce qui concerne l'accouchement et la naissance. Leurs décisions devraient être inscrites sur le projet de naissance et incorporées au dossier médical. Tout doit être fait, dans la mesure du possible, pour respecter les souhaits de la femme et de son compagnon, et pour les informer des services auxquels ils ont droit » [7].

Parallèlement, les sages-femmes développent un nouveau modèle de prise en charge : la grossesse est un **état de santé**, l'accouchement **un processus physiologique**. Ce modèle considère la femme et la sage-femme comme **partenaires égaux** [3]. D. Harding cite K. Guilliland à ce propos : « Le partenariat fait appel aux connaissances collectives et au discernement de la sage-femme, ainsi qu'aux connaissances personnelles spécifiques et au discernement de la femme et de sa famille. » [3].

Le modèle des sages-femmes va totalement dans le sens du projet de naissance.

En France, il faut attendre 2000 pour voir apparaître un premier projet de naissance. Celui-ci, présenté par un couple à une équipe, avait été rendu public sur internet. Il avait suscité un certain débat avec des réactions parfois violentes : les professionnels de santé avaient ressenti une remise en cause de leurs compétences de la part des parents [8].

1.1.2.2.Définition du projet de naissance

Il est très difficile de trouver une définition unique pour le projet de naissance. Il en existe beaucoup. Néanmoins, deux définitions seront présentées ici.

Tout d'abord, celle mentionnée par la HAS dans les recommandations professionnelles de mai 2007 concernant le « Suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées » dit : « **Un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et de la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post natale y compris les conditions d'un retour précoce à domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit et rédigé par les parents** » [9].

Puis, celle donnée par Sophie Gamelin-Lavois, auteur et consultante périnatale :
« **Le projet de naissance permet aux futurs parents de se projeter dans le moment de l'accouchement et de l'accueil de bébé. C'est l'occasion pour eux de réfléchir à ce qu'ils souhaitent, d'exprimer leur désirs, de clarifier le contrat de soins avec le personnel médical et de le négocier (jusqu'à la dernière minute), et enfin d'être acteurs de ces moments. Il peut évoluer dans le temps, être oral ou écrit. Il est recommandé d'en faire une synthèse de quelques points essentiels à inclure dans le dossier médical** » [10].

Il est nécessaire de comparer et de combiner ces deux définitions.

Concernant tout d'abord l'élaboration du projet de naissance, la première définition fait part d'un simple « **énoncé** » des souhaits des parents. Pourtant, la notion de projet discutée ci-dessus, n'exprime pas seulement un énoncé, mais une véritable **réflexion** menée par l'auteur du projet.

Une définition considère que le projet de naissance doit inclure **tout ce qui entoure la grossesse, les consultations jusqu'aux suites de couche**. A contrario, l'autre semble **centrée totalement sur l'accouchement**.

D'ailleurs, une contradiction identique a été mise en évidence dans l'évaluation du plan périnatal en mai 2010 : « Les femmes ont d'avantage un projet d'accouchement qu'un projet de naissance » [11].

Les femmes semblent élaborer ainsi **un projet de grossesse**. Celui-ci est très concret et réel mais elles ne le formulent pas car il s'inscrit dans la sphère intime. Elles ne souhaitent pas nécessairement que les professionnels de santé en aient connaissance.

D'autre part, elles élaborent **un projet d'accouchement**. Elles le formulent mais, dans la majorité des cas, sans l'écrire. En effet, pour elles, la période de la naissance est une période de « ressenti et d'impression » : il serait contradictoire de la formaliser par l'écriture.

Enfin, concernant la forme du projet de naissance, les deux définitions reprennent le principe selon lequel les parents peuvent mener cette réflexion et **choisissent d'en faire part ou non** à l'équipe médicale. De plus, ils choisissent le **moyen** de leur en faire part (par le biais d'un document écrit ou non).

Une dernière précision : le projet de naissance n'est **pas uniquement réservé aux grossesses « physiologiques »**. D'ailleurs il n'est pas précisé (et notamment dans la définition de la HAS) que celui-ci se limite aux grossesses physiologiques. Dans

l'ouvrage « Le nouvel art de la sage-femme », l'auteur cite Taylor « Dans un processus physiologique normal, les préférences individuelles des mères doivent prévaloir sur toute autre considération [...] dans un processus de grossesse pathologique, la mère conserve tout de même le droit de prendre ses propres décisions » [3].

Il est très difficile à l'heure actuelle d'évaluer le pourcentage de la population française qui réalise un projet de naissance. D'autant plus que parfois ce n'est pas un document formel.

Ainsi, le projet de naissance est une entité **difficile à définir**, qui trouve son origine non seulement dans **l'évolution culturelle** mais également en **réponse à une naissance considérée comme sur technicisée**.

Si la définition du projet de naissance n'est pas simple, il n'est également pas facile de déterminer sa nature juridique.

1.1.2.3. Nature juridique du projet de naissance

La nature juridique du projet de naissance est une interrogation qui semble être récurrente. Une discussion a été menée à ce sujet au cours des Assises des sages-femmes en 2008.

Le projet de naissance est proposé par certains comme un contrat au titre équivalent du contrat de soins des arrêts Mercier du 20 Mai 1936. Cette nature de contrat est discutée.

Il semble effectivement que l'intention première d'un couple qui propose un projet de naissance n'est pas d'établir un contrat à proprement parler.

Par ailleurs, on peut estimer que le contrat « s'appuie sur des vérités attestées par une autorité, est accepté ou pas, et offre un cadre sécurisant. Le projet est un canevas de propositions réfléchies, ici centrées sur la famille, sur le désir de ces parents là, pour cette naissance particulière et unique » [12].

Enfin, considéré comme un contrat, ne remettrait-il pas en cause un principe fondamental : l'indépendance professionnelle de la sage-femme ? Art. R. 4127-307 du Code de la Santé Publique : « La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » [13].

Pourtant, si le projet de naissance n'est pas un contrat, il n'est pas non plus un simple « récapitulatif de souhaits exprimés par les mères / couples » [14].

Il est la force probante de la relation professionnel-patient. Et il peut donc en découler des situations litigieuses. En effet, le projet de naissance exprime quelquefois des refus clairs. Or, le professionnel ne peut passer outre ce refus car cela engagerait sa responsabilité [14].

Ainsi, la nature juridique du projet de naissance n'est pas très claire. Mais finalement, pourquoi est-il intéressant et nécessaire d'informer les femmes sur l'existence de cet outil ?

1.2. Pourquoi informer les femmes sur le projet de naissance ?

1.2.1. Un outil qui semble être légitime au regard de la loi

En matière de juridiction française, il existe des principes fondamentaux dans le droit des usagers. Ces principes sont récents.

Tout d'abord, le patient a droit de participer à sa prise en charge. Cette participation ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une information adéquate. Ce droit est précisé au sein de plusieurs textes.

La Charte de la personne hospitalisée du 2 Mars 2006 énonce le principe **de choix et de droit à l'information du patient** : « L'information donnée aux patients doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent » [15].

De plus, le principe **de choix éclairé** est précisé dans le code de la santé publique. La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits de la personne et aux droits et responsabilités des usagers mentionne, article L. 1111-4: « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » [16].

L'obligation d'information à laquelle est tenu le praticien est énoncée par le code de la santé publique qui précise par l'article L.1111-2 :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution

des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. [...]

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. » [17].

La jurisprudence précise que cette information doit être « claire, loyale et appropriée à l'état de santé du patient ».

De plus, la qualité de l'information médicale repose sur la proposition de « soins efficaces » c'est-à-dire des soins fondés sur des preuves.

En obstétrique, la HAS publie des recommandations concernant l'information des femmes enceintes. Celles-ci doivent permettre aux professionnels de santé en périnatalité de bien informer la femme enceinte et le couple. Cette information doit les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance.

En outre, les pratiques recommandées proviennent d'une revue systématique internationale : The Cochrane Library revue tous les 5 ans. Notamment concernant les pratiques en périnatalité on retrouve : « Cochrane pregnancy and childbirth group » [18]. Ainsi, un professionnel de périnatalité souhaitant informer au mieux une patiente devrait utiliser cette revue systématique. Ses conseils doivent être conformes aux données acquises de la science.

La qualité de l'information repose également sur le fait que le professionnel ne doit pas laisser paraître son avis sur la question, avis qui pourrait par la suite influencer le choix de la patiente [3].

Le projet de naissance va dans le sens du principe du choix et de l'information du patient. En effet, il doit permettre la participation de la femme à la prise de décision concernant le suivi de sa grossesse et de son accouchement et ce avec une information adéquate.

D'autre part, le code civil définit le principe de **consentement éclairé** par l'article 16-3 : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » [19].

Ce principe de **consentement éclairé** est également énoncé par la Charte de la personne hospitalisée : « Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. » [15].

Le projet de naissance peut servir, si ce n'est de consentement éclairé au sens large, de refus éclairé [14].

Ainsi, le projet de naissance peut trouver sa place tout d'abord au sein de la loi française, et ce en favorisant le respect de certains principes fondamentaux.

1.2.2. Le projet de naissance est un outil recommandé aux professionnels de la périnatalité

1.2.2.1. Etats généraux de la naissance 2003

Les premiers Etats Généraux de la Naissance se sont réunis à Paris en Juin 2003 à l'initiative du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF).

Ceux-ci ont amené à la constatation de « difficultés majeures de communication » dans le domaine de la périnatalité. Ils proposent que « plus de temps soit accordé à la communication et à l'information du côté des professionnels, plus de responsabilités du côté des parents » [20]. D'après les conclusions des EGN, les usagers doivent devenir des « interlocuteurs », des « décideurs ».

En parallèle, ils estiment que « les grosses maternités ont actuellement du mal à sortir du modèle de la pathologie et à offrir des soins personnalisés correspondant aux attentes des parents qui se demandent comment ils vont pouvoir maintenir leur projet personnel face à ce type de fonctionnement normatif » [20].

Ainsi, le projet de naissance paraît être un outil utile pour concrétiser les propositions énoncées par les Etats Généraux de la Naissance.

1.2.2.2. Plan périnatalité 2005-2007

Suite à la mission périnatale, un rapport édité en juillet 2003 met en avant une insatisfaction des usagers concernant la prise en charge dans le domaine de la périnatalité.

En effet, les progrès réalisés à la suite des précédents plans se sont faits au détriment du dialogue et de la communication avec les couples. En résulte une **impression d'hyper technicisation du monde de la naissance**.

Les précédents plans s'étaient donnés pour objectif la réduction de la mortalité liée à la naissance d'un enfant notamment en abaissant la « mortalité maternelle à 30 % et la mortalité périnatale à 20%. » [2]. Cet objectif a été atteint. Mais des progrès restaient à faire car la position de la France au niveau européen restait moyenne.

Ainsi, ce troisième plan rédigé à la suite du rapport de 2003, conserve pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il met également l'accent sur la sécurité émotionnelle. **Quatre principes sont mis en avant : « Humanité, Sécurité, Proximité, Qualité ».**

Sur le plan humain, ce plan doit conduire à la prise en compte des enjeux psychologiques liés à la grossesse. Il met en avant le **caractère physiologique et naturel de la grossesse**. Il faut donc améliorer la **qualité de l'écoute et de l'information donnée aux parents**. Ceux-ci doivent être amenés à **exprimer leurs souhaits, leurs désirs** quant au choix de la maternité, les modalités d'accouchement, de suivi de grossesse et du contexte de l'accouchement [2].

Une grande modification apportée par ce plan est l'introduction **d'un entretien individuel et / ou en couple**. Nous étudierons celui-ci par la suite.

De plus, le carnet de santé maternité est réintroduit. Celui-ci a été modifié et doit contenir les « informations nécessaires à la femme enceinte et au couple pour garantir le suivi de la grossesse ». Il doit permettre « le partage des informations nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité » et « constituer une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse et l'adhésion de la femme enceinte et du couple aux prescriptions médicales » [2].

De la même manière, l'élaboration d'un projet de naissance peut permettre la réalisation des objectifs du plan périnatal.

1.2.2.3. Enquête nationale de la DREES : Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement

Au décours du plan périnatal 2005-2007 une enquête a été menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Celle-ci permet d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France.

Cette enquête laisse entendre que 95% des femmes semblent satisfaites du suivi de grossesse et de l'accouchement. Néanmoins, **celles-ci souhaiteraient être mieux informées sur les actes pratiqués au cours de l'accouchement**. A noter que le niveau de satisfaction retrouvé dépend surtout des contraintes (médicales, financières ou de niveau d'offre de soins) qui pèsent sur leur choix et des éventuelles complications intervenues durant la grossesse [21].

Enfin, l'enquête suggère des progrès à réaliser concernant l'information et la préparation à la sortie de la maternité.

Le projet de naissance peut donc améliorer cette satisfaction. En effet, il doit aider à l'expression des choix du couple et ces choix ne peuvent être exprimés qu'après une information adéquate.

1.2.2.4.Recommandations professionnelles

➤ Organisation mondiale de la santé (OMS)

Dans un guide pratique de l'OMS intitulé « Les soins liés à un accouchement normal » publié en 1997, il est cité comme pratique « dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient donc d'encourager » : « **le plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille** » [22].

On commence alors seulement à percevoir l'idée du projet de naissance.

➤ Haute Autorité de Santé

- *HAS Avril 2005 : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? »*

Ce sont les premières recommandations où l'on retrouve explicitement le terme de « projet de naissance ». Celui-ci est évoqué comme **devant être contenu dans le dossier prénatal**.

Ces recommandations définissent des objectifs de l'entretien prénatal. Il devrait notamment permettre « de favoriser l'expression » des attentes des besoins d'information, d'éducation, de prévention des parents et « de leur **projet de naissance** » [23].

- *HAS Novembre 2005 : « Préparation à la naissance et à la parentalité »*

Dans ces recommandations, l'un des objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est le fait d'« accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, sa grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité ».

Ces recommandations précisent également les objectifs de l'entretien prénatal précoce comme le fait « d'apprécier la santé globale de la femme enceinte, de faire le point sur le suivi médical et sur le projet de naissance ». Il doit également permettre au couple d'**exprimer son projet de naissance et de le conforter dans cette démarche** [1].

- *HAS Mai 2007 : « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »*

C'est dans ces recommandations qu'il est clairement défini la notion du projet de naissance par la HAS. A la définition donnée en partie 1, il est ajouté que le projet de naissance peut « amener à renforcer la participation active des femmes » et du couple quant à la naissance de leur(s) enfant(s) [9]. Ceci se place directement dans les objectifs du plan périnatalité 2005-2007 [2].

En plus d'être reconnu par les organisations françaises, le projet de naissance est un outil défendu par les usagers.

1.2.3. Le projet de naissance est un outil soutenu par les usagers

1.2.3.1. Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR)

Crée en 2003, le statut de l'AFAR a été révisé lors d'une assemblée le 23 Juillet 2011. Elle constitue une association d'usagers de la périnatalité, régit par la loi du 1^{er} Juillet 1901.

Elle a pour principe de favoriser l'accès des parents aux informations qui leur permettent « d'une part d'effectuer leurs propres choix en matière d'accouchement et d'accueil du nouveau-né, et d'autre part de faire en sorte que ces choix soient respectés ».

L'AFAR a également pour but « d'agir par tous moyens utiles, y compris les actions en justice, pour faire respecter et appliquer les droits des usagers de la périnatalité » [24].

1.2.3.2. Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE)

Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé [25]. Ce collectif a vu le jour lors des premiers Etats Généraux de la Naissance en 2003.

Celui-ci a rédigé une charte qui rappelle le fondement de ses objectifs. Il s'appuie sur le droit des usagers à **l'information et au consentement éclairé**.

Il stipule que : « Cet accès à l'information est indispensable pour établir une **relation de confiance** mutuelle avec les personnels de santé. Cette relation permet à chaque

couple d'élaborer un **projet de naissance** personnalisé, réaliste et adapté à la situation médicale de la mère et de l'enfant, en **collaboration** avec les personnels de santé, c'est-à-dire les sages-femmes et si besoin les médecins (obstétriciens, pédiatres...). » [25].

Par ailleurs, il défend le respect de la physiologie, le droit à un accompagnement global, l'organisation en réseau permettant d'assurer une sécurité technique et psycho affective, ainsi que le droit d'accès aux maisons de naissance.

Ainsi, le projet de naissance aurait une légitimité. Voyons maintenant ses avantages et ses inconvénients.

1.2.4. Avantages et inconvénients du projet de naissance

Il semble encore à l'heure actuelle que certains couples aient des difficultés à faire entendre leurs désirs, besoins et projet de naissance. Pourtant il peut conférer beaucoup d'avantages.

Des études anglo-saxonnes ont été réalisées auprès des femmes sur **l'évaluation de l'intérêt du projet de naissance**.

En 1991-1992, P. Simkin, mène une étude sur la perception à long terme de l'accouchement chez les primipares. Il en ressort qu'un sentiment de **contrôle** et de **participation à la prise de décision** améliore la satisfaction des femmes. Dans la suite de l'étude, elle montre également une chose intéressante : il existe dans le péri partum, un « halo effect » qui engendre une expérience faussement positive de la naissance et qui disparaît dans les semaines suivant celle-ci [26].

En 1998, H. M. Whitford et E. M. Hillan., réalisent une étude sur la **perception du projet de naissance par les femmes**. Dans cette étude, 90% des femmes n'avaient pas réalisé de projet de naissance soit par une méconnaissance du moment de l'accouchement soit par désir de vouloir attendre et voir.

Pour les femmes ayant rédigé un projet de naissance, les sages-femmes étaient les professionnels intervenant le plus dans l'accompagnement à l'élaboration de celui-ci.

Dans cette étude, les femmes trouvaient **utile** de pouvoir **exprimer leurs sentiments** dans leur projet de naissance. Il les aider d'après elles à poser les choses à plats. De plus, **même si le travail d'accouchement ne s'était pas déroulé selon leur projet, celles-ci gardaient une bonne expérience de la naissance**.

Le point négatif qui ressortait de cette étude était le manque d'attention porté à leur projet par l'équipe médicale (projet souvent non lu) [27].

En 2002, H. D.Hodnett, montre dans une étude que **4 facteurs** influenceraient la satisfaction qu'ont les femmes au moment de la naissance [28] :

- « **Personal expectations** » (« *Les attentes personnelles* ») : une femme ayant plus d'attentes serait plus encline à avoir une bonne expérience alors qu'au contraire une femme sans attente particulière aurait beaucoup plus tendance à vivre mal cette naissance.
- « **The amount of support from caregivers** » (« *L'ampleur du support fourni par les soignants* »)
- « **The quality of the caregivers-patient relationship** » (« *La qualité de la relation soignant soigné* »)
- « **The involvement in decision making** » (« *L'implication dans la prise de décision* »)

Chacun de ces facteurs peut être amélioré par la mise en place d'un projet de naissance.

De plus, au cours de la 32^{ème} journée nationale du CNGOF, il a été abordé la problématique du projet de naissance. Il est souligné que l'hyper technicisation de la naissance peut parfois amener les couples à vivre un accouchement à domicile non accompagné par peur de la prise en charge hospitalière [29]. Ce concept est également rappelé ailleurs « Les femmes font parfois valoir leur droit à l'autonomie en évitant consciencieusement les politiques hospitalières » [3]. Or, cette conduite peut amener des complications.

Ainsi, le respect de l'autonomie du couple et du projet de naissance peut permettre aux patientes de **se sentir en sécurité** tout en étant **libre de choisir la parturition qui leur convient** [29].

Ainsi, dans un premier temps, il semblerait que le projet de naissance permette aux femmes d'être impliquées, présentes actrices de leur grossesse et de la naissance de leur enfant. Cela améliorerait leur satisfaction et permettrait aux femmes de conserver une certaine autonomie.

Mais le projet de naissance peut avoir d'autres avantages.

Comme nous l'avons vu précédemment, il peut être un moyen de **promouvoir le choix éclairé**. Effectivement, la conception d'un projet de naissance nécessite d'« éduquer » le couple de manière à ce que ce soit les parents qui formulent leur propres choix au regard des connaissances et des données actuelles de la science. Par ailleurs, la HAS précise : « l'éducation ne se réduit pas à une transmission passive d'informations. Elle est un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de prise de décision et d'action pour agir et améliorer sa santé, en l'occurrence ici réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parents. » [2].

Parallèlement, cela peut être l'occasion pour le professionnel de santé de réaliser des recherches lui permettant d'améliorer sa propre formation. Le projet de naissance peut donc agir **au service de la formation continue** et obliger le professionnel à **se remettre en question** quant à ses pratiques ou celles de l'établissement de santé.

Enfin, il peut être pour les professionnels de santé une nouvelle manière de voir la relation avec la parturiente et le couple. Le projet de naissance peut leur permettre de créer un **lien de confiance** avec les parents, un **cadre sécurisant** puisqu'il doit les accompagner et a le devoir de le faire. Cet aspect peut être vécu comme un **enrichissement** tout d'abord en voyant l'accompagnement des femmes sous un nouvel angle (« Mothering the mother », « Materner la mère ») [29].

Malgré ces nombreux avantages, il existe néanmoins des inconvénients à connaître.

Tout d'abord, une des notions mise en valeur dans certaines études est que les femmes ayant réalisé un projet de naissance sont plus à même de subir des interventions. Une des raisons évoquée pour justifier cela est la fermeture intellectuelle des équipes obstétricales.

Pourtant, celles-ci devraient prendre le projet de naissance pour ce qu'il est : « une demande des femmes de bénéficier d'une prise en charge individuelle, d'éviter les intrusions et d'ouvrir le dialogue » [30].

De plus, tous les avantages cités précédemment existent si et seulement si l'élaboration du projet découle d'une information adéquate et donc d'un accompagnement adéquat. **Ainsi, la clé de la réussite du projet est la communication qui est une partie intégrale de la planification de la naissance** [30].

Le projet de naissance semble être un outil clé dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement qui doit être la plus humaine possible. Mais cet outil peut se concevoir uniquement dans une relation basée sur la communication, l'échange et l'écoute mutuelle entre le praticien et la patiente / le couple.

1.3. Informer et construire un projet de naissance

1.3.1. Le projet de naissance doit être une décision partagée

La construction du projet de naissance demande de l'accompagnement.

Dans « L'anthropologie du projet », il est considéré qu'un projet devrait être un « **compromis entre le possible et le souhaitable** » [5]. Il faudrait qu'il soit issu d'une négociation. C'est ce qui permet au projet d'être **concret et faisable**. De plus, il devrait être validé.

Il existe tout d'abord une « reconnaissance informelle ». Elle se constitue par exemple, des réactions de l'entourage de la femme enceinte face au dit projet.

Puis une « reconnaissance formelle » qui doit exister de la part de l'institution qui prendra en charge la femme enceinte [5].

Cette validation le rendrait totalement légitime et réalisable. Sans celle-ci, le projet pourrait être contrarié au moment de sa réalisation.

Ainsi, c'est un processus de **décision partagée** qui amène la construction d'un projet respectant ces conditions.

Le principe fondamental pour la mise en œuvre de la décision partagée est de concevoir la grossesse sur le **modèle des sages-femmes** [3].

Rappelons que dans ce modèle, les femmes sont considérées comme des **décideurs** compétents : ceci est important pour elles et pour le vécu de leur accouchement.

De plus, le **choix éclairé**, associé à **une information adéquate** comme définie précédemment, est une obligation à ce processus de décision partagée.

D'après une étude réalisée en 1992, l'importance de la **relation sage-femme / femme est une nécessité au principe de décision partagée** [3]. Cette relation doit être fondée sur la confiance, le respect et l'engagement [3]. Elle permet même d'éviter les conflits parfois rencontrés dans la prise de décision partagée.

Enfin, il semble également fondamentale que la patiente / le couple ait conscience que le projet de naissance n'est pas une entité figée. Tout d'abord ce projet évoluera forcément, et ce au cours de la grossesse notamment. Le projet de naissance peut également ne pas être totalement réalisé. Or ceci ne doit pas être considéré comme un

échec. Le projet aura permis aux futurs parents et ce même s'il n'est pas réalisé, de se projeter, de formuler leurs souhaits, leurs attentes. Il leur aura permis d'avoir confiance en leur capacité de décider.

1.3.2. Place des professionnels de santé dans l'information

Le projet de naissance s'inscrit au sein des recommandations professionnelles comme un objectif de la préparation à la naissance et à la parentalité. Or, si le gynécologue obstétricien et le médecin généraliste peuvent réaliser ces actes, **la sage-femme** en France a une place prépondérante dans la PNP.

Ainsi, l'information sur le projet de naissance et son accompagnement pour en faire une décision partagée doivent tout d'abord se concevoir au sein des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme.

1.3.2.1. Préparation à la naissance et à la parentalité

➤ Objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité

En France, elle se compose de 8 séances, prises en charge par la sécurité sociale. Les recommandations professionnelles éditées par la HAS à ce propos, précisent que la préparation à la naissance s'adresse à toute femme enceinte.

Historiquement, la préparation à la naissance était destinée à une préparation à la douleur.

Actuellement, la préparation à la naissance doit être : « [...] un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance » [2].

De manière générale, les objectifs détaillés et le contenu des séances de préparation à la naissance sont repris par la HAS dans « Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP » [Annexe 1]. Un des objectifs spécifiques est de « **Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé** » et entre autre d' « **exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets en particulier son projet de naissance** [...] ».

La participation à la préparation à la naissance a augmenté depuis 2003 d'après l'enquête nationale périnatale. Néanmoins, 27,1% des primipares et 71,6% des multipares ne participent pas à la PNP [31].

➤ **La première séance de préparation à la naissance : un entretien individuel**

Au sein de la préparation à la naissance, on définit la 1^{ère} séance comme un **entretien individuel prénatal précoce**.

Il est d'ailleurs répertorié au niveau de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels comme tel et bénéficie-d'une cotation spécifique [32].

En tant que première séance, il conserve donc les mêmes objectifs que la préparation à la naissance. Dans l'absolu, il ne doit pas être déconnecté de celle-ci. Cette continuité peut d'ailleurs permettre la mise en place d'une relation de confiance entre le praticien qui réalise la préparation et la femme / le couple.

Le concept d'entretien lors de la grossesse n'est pas récent. D'abord une préoccupation dès 1930 des services de santé publique, cette idée a été reprise par les services de Protection Maternelle et Infantile qui, à partir de 1970, prévoyaient des rencontres avec les futures mamans [33]. Il a été officialisé lors du plan périnatalité 2005-2007 comme nous l'avons vu précédemment. Puis ses objectifs et son contenu sont précisés officiellement dans les recommandations de la HAS en 2005 [2]. Il va dans le sens **d'une prise en charge émotionnelle de la naissance**.

En plus des objectifs généraux de la préparation à la naissance, il existe des objectifs spécifiques à l'entretien prénatal. Ces objectifs sont : de présenter le dispositif de suivi de la grossesse, de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels, d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir, de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie, d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité [2].

Pour compléter les recommandations de la HAS, un référentiel concernant l'entretien prénatal précoce a été élaboré par la Direction Générale de la Santé (DGS) à la suite du plan périnatalité et en concordance avec les recommandations de l'HAS [34]. Celui-ci précise d'autres caractéristiques de l'entretien prénatal.

Ainsi, l'entretien doit permettre « **d'ouvrir le dialogue** » avec les parents concernant le suivi de la grossesse. C'est un moment « d'écoute », avec un professionnel de santé de manière à créer un « climat de **confiance** ».

Il engendre un échange **d'informations**. D'une part, les parents informent les professionnels sur leurs attentes, leurs besoins. En contre partie, les praticiens informent

les parents sur la prise en charge au sein de la maternité et les différentes offres de soins. Cet entretien permet alors un « ajustement personnalisé des réponses » afin d'augmenter encore la confiance mutuelle entre l'équipe et les couples.

Ces échanges doivent être transmis afin de permettre une meilleure prise en charge des couples par d'éventuels autres professionnels.

Surtout, il ne doit pas être une simple consultation supplémentaire dont le seul but serait de constituer le dossier médical et de dépister les facteurs de risques. Il ne doit pas non plus se constituer d'un catalogue de conseils impersonnels [34].

Lors des Assises des sages-femmes en 2008, une maternité a présenté l'importance de l'entretien prénatal précoce dans la mise en place des projets de naissance. Il permet de l'évoquer dès le début de la grossesse et d'éviter par la suite des conflits. L'entretien prénatal précoce est estimé comme « INDISPENSABLE » pour ces professionnels [14]. Or, d'après l'enquête nationale périnatale, seules 21,4% des femmes bénéficieraient de cet entretien.

1.3.2.2. Les consultations prénatales

Les consultations pourraient être un lieu d'information sur le projet de naissance. Néanmoins, étant donné le temps moyen d'une consultation à ce jour (15 minutes), il apparaît difficile qu'une discussion autour des attentes et des besoins des parents puisse avoir lieu durant celles-ci.

Idéalement, le suivi de la grossesse ainsi que la préparation à la naissance devraient être réalisés par une seule et même personne tout au long de la grossesse. En allant même plus loin, c'est cette même personne qui devrait accompagner la femme / le couple dans l'aventure que représentent la naissance et les suites de celle-ci. Dans ce cadre là, l'information et l'échange sur le projet de naissance durant les consultations seraient une évidence et se placeraient dans la continuité de la préparation à la naissance. Néanmoins, le suivi continu de la grossesse par un seul et unique praticien n'est pas habituel en France.

1.3.2.3. Autres moyens d'informations

De nos jours, d'autres moyens d'informations existent et notamment l'outil **internet**.

La qualité de l'information circulante sur internet est très variable. Concernant l'information sur le projet de naissance, elle est tout simplement inexistante sur certains sites internet. Sur d'autres, elle le réduit à un simple projet d'accouchement. Enfin on trouve également des idées de projet de naissance très revendicatrices.

En recherchant l'élément « projet de naissance », nous obtenons un site internet dont le nom même est : « www.projetdenaissance.com ». Par la suite, les résultats proposent des sites donnant des exemples de projet de naissance.

Les femmes enceintes ont fréquemment recours à l'outil internet durant leur grossesse. Or, en rencontrant ce genre d'information et sans autre précision d'un professionnel de la santé, on peut se demander quelle sera leur réaction.

Le fait d'avoir accès à des projets de naissance « pré faits », des « exemples » peut initier la réflexion des parents sur un outil comme le projet de naissance. Mais n'est ce pas justement à la base, le rôle du professionnel de santé que d'initier cette réflexion et de l'accompagner ?

On peut également citer les **revues, livres, magazines** destinés aux femmes enceintes. Egalement, la **télévision** (notamment certaines émissions ayant comme public cible les femmes enceintes et / ou les jeunes mamans) peut aborder le sujet du projet de naissance.

II. Matériels et méthodes

2.1.Rappel des objectifs de l'étude

2.1.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer l'information reçue par les femmes sur le projet de naissance et d'identifier la source de cette information.

2.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Connaître l'élaboration effective du projet de naissance
- Evaluer la définition du projet de naissance donnée par les femmes et sa correspondance avec celle de la HAS
- Evaluer l'impact de l'élaboration d'un projet de naissance sur le vécu de l'accouchement.

2.2.Type d'étude

L'étude réalisée est une étude **observationnelle descriptive transversale**.

2.3.Matériels et méthodes

2.3.1. Matériels

2.3.1.1.Population étudiée

Cette étude a été réalisée auprès d'une population de femmes ayant accouché au sein de 5 maternités appartenant au RSPA.

Les maternités sont les suivantes :

- Maternité de niveau III : Centre Hospitalier Universitaire d'Estaing (63)
- Maternité de niveau II : Clinique de la Chataigneraie (63), Centre Hospitalier de Vichy (03), Centre Hospitalier d'Aurillac (15)
- Maternité de niveau I : Centre Hospitalier de Thiers (63)

L'échantillon comprend ainsi la population d'une maternité de niveau III, de deux maternités de niveau II publiques, d'une maternité de niveau II privée et d'une maternité de niveau I.

Nous souhaitons inclure dans notre étude une proportion plus importante de maternités de niveau II. En effet, c'est le type le plus représenté au sein de la région Auvergne. Le choix des deux maternités de niveau II publique a été arbitraire.

2.3.1.2.Critères d'inclusion

La population incluse comprend les accouchées hospitalisées au sein du service post-partum de ces 5 maternités, et ce quelque soit le terme de l'accouchement ou le déroulement de celui-ci.

2.3.1.3.Critères d'exclusion

Les femmes ne sachant pas lire et / ou écrire le français et les mineures étaient exclues de l'étude.

2.3.1.4.Règles éthiques

Le questionnaire respectait l'anonymat de chaque participante. Les femmes avaient la totale liberté de refuser de participer à ce travail de recherche. Préalablement à l'étude, les autorisations de distribution des questionnaires ont été signées par le médecin chef de service et / ou la sage-femme responsable de chaque maternité.

2.3.2. Méthodes

2.3.2.1.Critères de jugements

➤ Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est **le nombre de femmes** ayant reçu l'information sur le sujet « projet de naissance ».

➤ Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont :

- **le nombre de femmes** ayant élaboré un projet de naissance
- la **concordance** existante entre les réponses données par les femmes pour définir l'outil « projet de naissance » et la définition donnée par la HAS
- Une **variable continue comprise entre 0 et 10** permettant d'analyser le vécu global de l'accouchement. Celle-ci était déduite d'une échelle numérique.

2.3.2.2.Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les 5 maternités décrites précédemment : CHU d'Estaing, Clinique de la Chataigneraie, CH Thiers, CH Vichy, CH Aurillac.

Les demandes d'autorisation afin de distribuer les questionnaires au sein de ces maternités ont été récupérées durant le mois de novembre auprès des personnes concernées.

Le questionnaire était constitué de 12 pages [Annexe II]. A noter qu'une partie du questionnaire a été élaboré suite à une proposition d'un médecin gynécologue et d'un médecin anesthésiste du CHU d'Estaing. L'objectif était d'évaluer la compréhension et la satisfaction des femmes ayant formulé leur projet de naissance auprès de l'équipe quant à la réalisation de leur projet.

Préalablement à l'étude, un pré-test de 2 jours a été réalisé durant le mois de novembre. Celui-ci a permis de tester 6 questionnaires.

L'étude a eu lieu du 1er décembre 2011 au 31 janvier 2012.

La participation à l'étude était proposée aux patientes entre le 1^{er} et le 3^{ème} jour du post-partum. Après l'obtention de leur accord, le questionnaire était laissé à leur disposition afin que celles-ci le remplissent à un moment qui leur semblait adéquat.

La distribution a été réalisée d'une part par les équipes présentes au sein du service de post-partum des différents établissements et d'autre part par nos propres moyens.

Les questionnaires étaient laissés à disposition des équipes. Ainsi, la distribution effective a été la suivante :

- 130 au sein du CHU d'Estaing
- 25 au sein de la clinique de la Chataigneraie
- 20 au sein du CH de Thiers
- 30 au sein du CH de Vichy
- 100 au sein du CH d'Aurillac

2.3.2.3. Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel d'une part et le logiciel R d'autre part.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives nous avons utilisé le test du Khi carré de Pearson lorsque les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étaient >5 . Dans le cas contraire nous avons utilisé le test de Fisher.

Afin de mettre en évidence un lien entre une variable qualitative et une variable quantitative nous avons utilisé le test de Student.

Une valeur de « p » nous permettait d'analyser si le lien observé entre ces deux variables était dû au hasard avec un seuil de 5%.

Ainsi, quand p était <0.05 , nous avons conclu à une différence statistiquement significative. Quand $p > 0.05$, nous avons conclu à une différence qui n'était pas statistiquement significative.

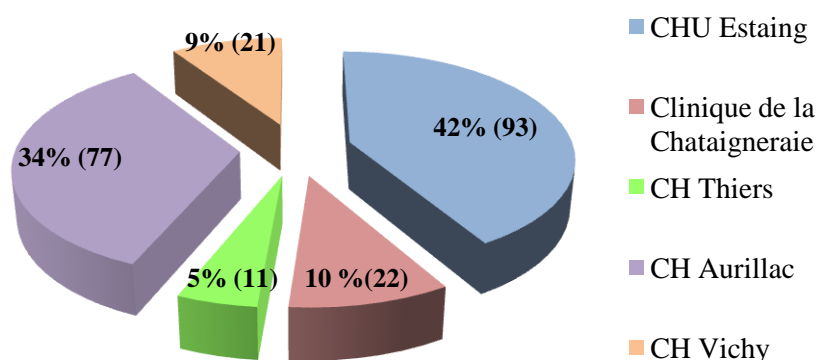
III. Résultats

3.1. Recueil de données

Sur les 305 questionnaires distribués au sein des différentes maternités, 236 sont parvenus remplis. Le taux de réponse est donc estimé à **77%**. Parmi les 236 questionnaires recueillis, 12 n'étaient pas interprétables car incomplets. L'analyse a donc porté sur **224 questionnaires** soit 73% des questionnaires initialement distribués.

➤ Répartition de la population en fonction des maternités

Figure 1 : Répartition de la population au sein des maternités interrogées en % (n)



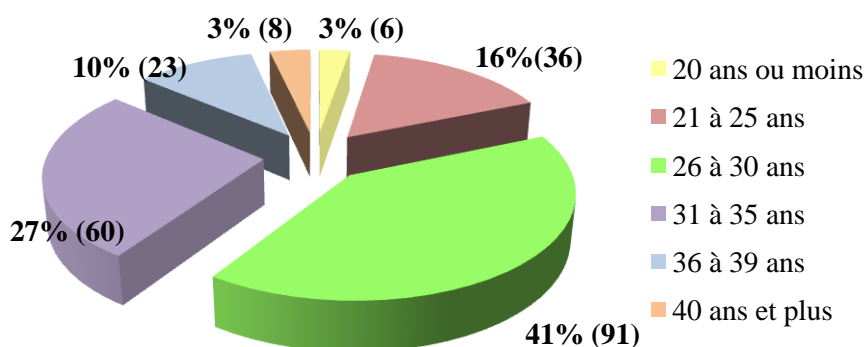
La figure 1 met en évidence les maternités où la majorité des questionnaires a été recueillie : le Centre Hospitalier Universitaire d'Estaing (42%, n=93) et le Centre Hospitalier d'Aurillac (34%, n=77). Le reste des réponses était partagé entre le Centre Hospitalier de Vichy (9%, n=21), la clinique de la Chataigneraie (10%, n=22) et le Centre Hospitalier de Thiers (5%, n=11).

Ainsi, 42% des questionnaires proviennent d'une maternité de niveau III, 53% d'un niveau II et enfin 5% d'une maternité de niveau I.

3.2.Détail de la population étudiée

➤ Age de la population

Figure 2 : Répartition de la population en classes d'âge % (n)



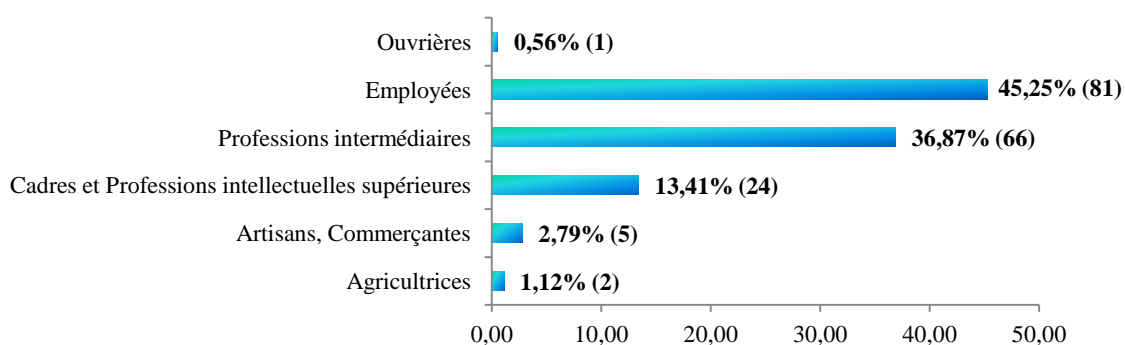
D'après la figure 2, la majorité de la population se situait dans la tranche d'âge 26 à 30 ans (41%, n=91). 40% de la population avait plus de 35 ans.

➤ Niveau d'étude

La majorité de la population interrogée avait réalisé des études supérieures (59%, n=133). Suivaient les femmes ayant un niveau lycée, Baccalauréat, Baccalauréat professionnel (28%, n=62), puis les femmes ayant un niveau collège, BEP, CAP (13%, n=28). Seule une femme avait un niveau primaire (n=1).

➤ Profession exercée avant la grossesse

Figure 3 : Répartition de la population en catégories socio-professionnelles en % (n)

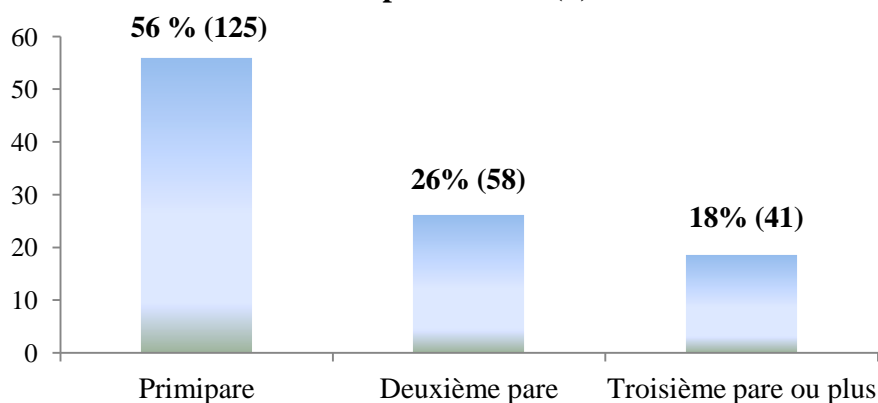


Selon la figure 3, parmi les femmes exerçant une profession (80%, n=179), la majorité des femmes interrogées était soit employée (45,25%, n=81), soit issue d'une profession intermédiaire (36,87%, n=66). 20 % de la population n'exerçait aucune profession avant la grossesse (n=45).

Par ailleurs, 14,7% de la population exerçait une profession dans le milieu de la santé (n=33).

➤ Parité

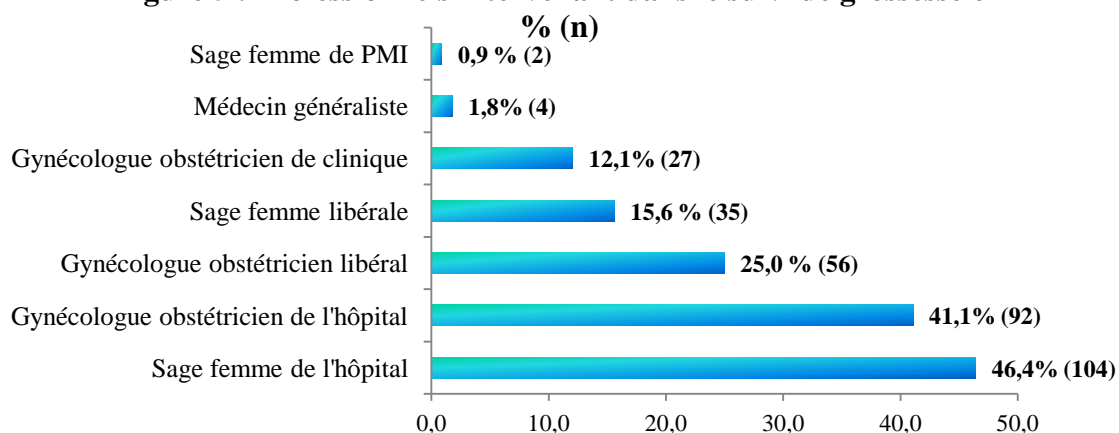
Figure 4 : Repartition de la population en fonction de la parité en % (n)



D'après la figure 4, la majorité de la population se constituait de primipares (56%, n=125). Le reste de la population était partagé entre les seconde pares (26 %, n=58), et les troisième pares ou plus (18%, n=41). Il y avait donc 44% de multipares (n=99).

➤ Professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse

Figure 5 : Professionnels intervenant dans le suivi de grossesse en



Les professionnels de santé qui sont intervenus dans le suivi de la grossesse sont représentés dans la figure 5.

Concernant le suivi, il était assuré au minimum par 1 seul professionnel et au maximum par 4.

La majorité des femmes était suivie par un seul professionnel (60%, n=134). Puis venait le suivi par deux professionnels (38%, n=85). Le suivi par 3 ou 4 professionnels était minoritaire (2%, n=5).

38,4% des femmes étaient suivies par un gynécologue seul (n=86). 33,9% étaient suivies par un gynécologue en collaboration avec une sage-femme (n=76). 38,4% des femmes étaient suivies par une sage-femme seule (n=57).

Les types de suivi les plus souvent retrouvés au sein de la population étaient:

- Suivi mixte par une sage femme hospitalière et un médecin gynécologue hospitalier (23,6%, n=53)
- Suivi par une sage femme hospitalière seule (17,4%, n=39)
- Suivi par un médecin gynécologue libéral seul (17%, n=38)
- Suivi par un médecin gynécologue hospitalier seul (11%, n=25)
- Suivi par un médecin gynécologue exerçant en clinique seul (6,70%, n=15)
- Suivi par une sage femme libérale seule (6,70%, n=15)

Les autres types de suivis étaient très minoritaires.

➤ **Réalisation d'un Entretien prénatal**

Plus de la moitié de la population n'avait pas bénéficié d'un entretien prénatal précoce (52,2%, n=117). A noter que 4% des femmes interrogées ne savaient pas si elles avaient bénéficié de cet entretien.

Ainsi, 43,75% de notre population bénéficiait d'un entretien prénatal précoce (n=98).

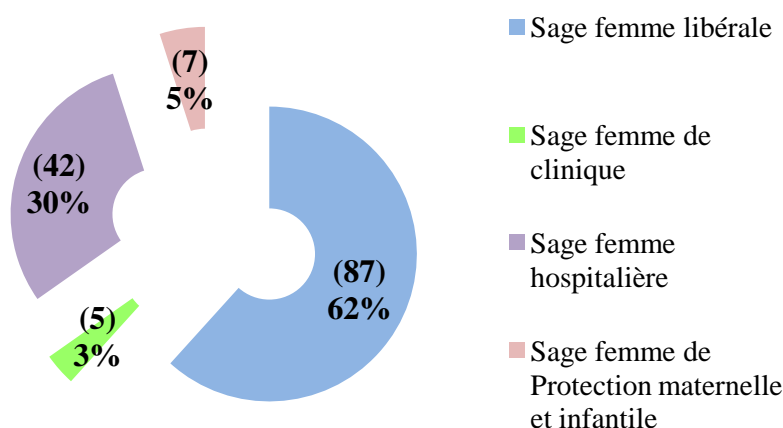
Deux types de professionnels réalisaient ces entretiens : en majorité, des sages-femmes (91%, n=89) et en minorité des médecins gynécologues (9%, n=9).

➤ Préparation à la naissance

La participation à une préparation à la naissance était de 84,8% chez les primipares (n=106) et de 35,35% chez les multipares (n=35).

Les professionnels de santé qui assuraient la préparation à la naissance étaient des sages-femmes dans la totalité.

Figure 6 : Professionnel de santé réalisant la préparation à la naissance en % (n)



La figure 6 expose le type d'exercice des sages-femmes chez qui les femmes avaient réalisé leur préparation à la naissance. La majorité l'avait réalisée avec une sage-femme libérale (62%, n=87). Venait à la suite la réalisation avec les sages-femmes exerçant à l'hôpital (30%, n=42). En minorité la préparation à la naissance était réalisée avec les sages-femmes de Protection Maternelle et infantile (5%, n=7), et avec les sages-femmes de clinique (3%, n=5).

Tableau I : Réalisation d'une préparation à la naissance en fonction de la participation à un entretien prénatal précoce.

	EPP : Non	EPP : Oui	Ne sait pas	Total
PNP : Non	68	10	5	83
PNP : Oui	49	88	4	141
Total	117	98	9	224

$$p = 5,318 \times 10^{-14} \text{ OR} = 12 ; [5,9-27]$$

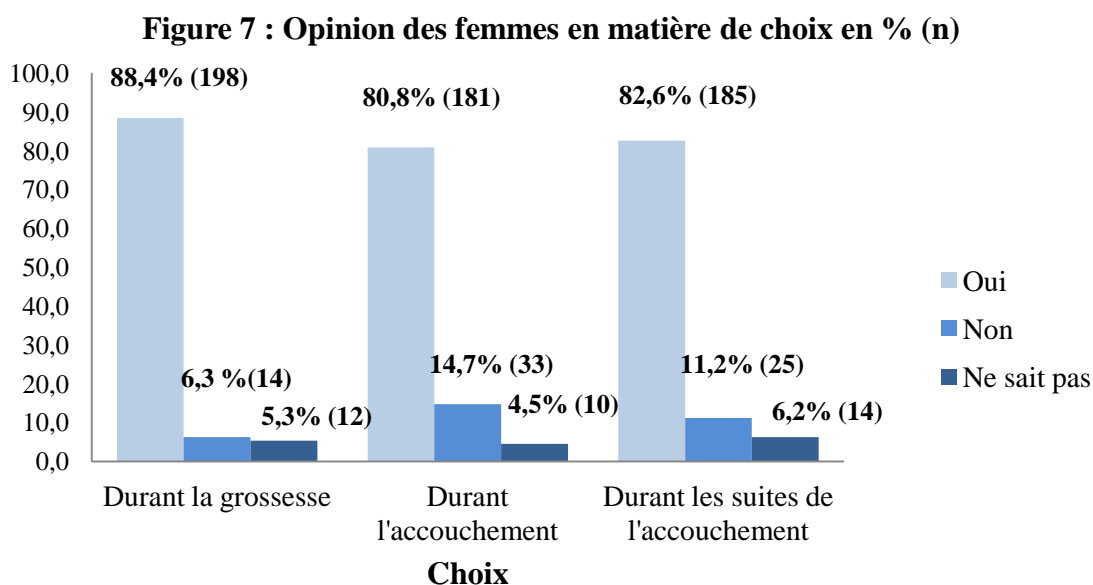
D'après le tableau I, 39% de la population avait bénéficié à la fois d'un entretien prénatal et d'une préparation à la naissance (n=88).

Il y avait plus de femmes ayant réalisé une préparation à la naissance et à la parentalité dans le groupe des femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce.

De plus le lien entre ces deux variables est statistiquement significatif ($p < 0,05$). L'odds ratio du groupe ayant réalisé un entretien prénatal est de 12 avec un intervalle de confiance qui exclue la valeur 1.

Ainsi, il y aurait un lien statistiquement significatif entre bénéficier d'un entretien prénatal précoce et participer à une préparation à la naissance.

➤ Avis sur les choix possibles en périnatalité



La figure 7 présente l'opinion des femmes sur les choix possibles durant la grossesse, l'accouchement et les suites de celui-ci.

La majorité des femmes estimait avoir le choix, que ce soit durant la grossesse (88,4%, $n=198$), pendant l'accouchement (80,8%, $n=181$) ou les suites de celui-ci (82,6%, $n=185$).

Néanmoins, une partie de la population estimait ne pas avoir le choix (respectivement : 6,3%, $n=14$; 14,7%, $n=33$; 11,2%, $n=25$).

Une minorité ne savait pas répondre pour chacun des 3 items.

➤ Information reçue sur le projet de naissance

• Origine de l'information reçue sur le projet de naissance

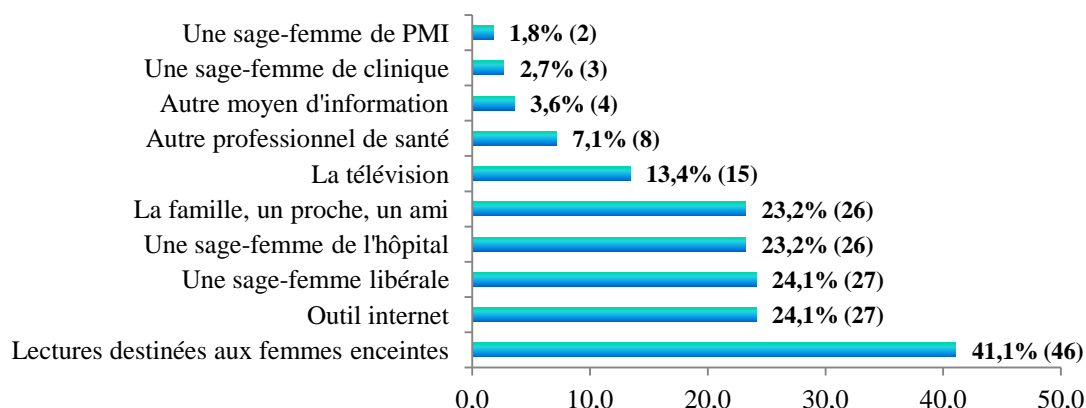
Dans notre population, 47,8% des femmes (n=107) n'avaient reçu aucune information concernant le projet de naissance. 2,2% de la population ne savait pas si elle avait reçu une telle information (n=5).

26,8% des femmes avaient reçu une information concernant le projet de naissance de la part d'un professionnel de santé (n=60).

D'autre part, 37,5% de la population avait reçu une information par l'intermédiaire d'un autre moyen (n=84).

Finalement, 50% de la population avait reçu une information sur le projet de naissance, soit par un professionnel de santé, soit par un autre moyen, soit par les deux (n=112).

Figure 8 : Origine de l'information reçue par les femmes sur le projet de naissance en % (n)



La figure 8 exprime que, parmi les 112 femmes ayant reçu une information sur le projet de naissance, l'origine la plus fréquente de cette information était les lectures destinées aux femmes enceintes (41,07 %, n=46).

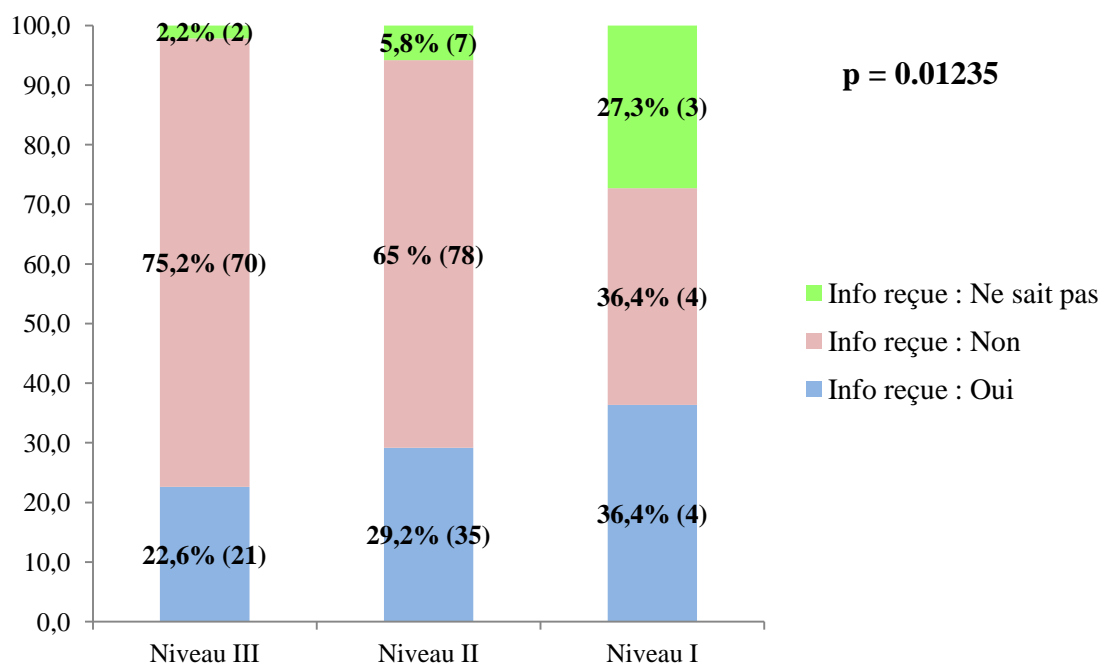
Dans un deuxième temps, cette information provenait de l'outil internet (24,11%, n=27), des sages-femmes libérales (24,11%, n=27), puis d'un proche, ami, personne de la famille (23,21%, n=26), et enfin des sages-femmes exerçant à l'hôpital (23,21%, n=26). On note également comme origine de l'information la télévision pour 13,4% des femmes (n=15). Les autres sources d'information étaient minoritaires.

Parmi le groupe « autres professionnels de santé » ayant donné l'information, il y avait des médecins gynécologues (n=5) ; 3 femmes avaient reçu l'information par un professionnel de santé pendant leur première grossesse.

Parmi le groupe « autres moyens d'information », il y avait le carnet santé maternité délivré par le Conseil Général (n=1) ainsi que des femmes ayant reçu cette information par leur propre formation ou leur propre activité professionnelle (auxiliaire de puériculture (n=2) et sage-femme (n=1))

- *Niveau de maternité*

Figure 9 : Pourcentage de femmes informées par un professionnel en fonction du niveau de maternité (n)



D'après la figure 9, plus de femmes étaient informées par un professionnel de santé sur le projet de naissance au sein des maternités de niveau II (29,2%, n=35) et I (36,4%, n=4) en comparaison des maternités de niveau III (22,6%, n=21).

Ainsi il semble exister un lien entre l'information reçue par les femmes de la part d'un professionnel de santé et le niveau de maternité. De plus, le lien entre ces deux variables était statistiquement significatif puisque $p < 0,05$.

- *Information et niveau d'étude*

Tableau II : Information reçue en fonction du niveau d'étude

	Info par pro	Info par autre source
P-value	0.0001902	0.0768

D'après le tableau II, il semble exister un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et le fait de recevoir une information par un professionnel de santé puisque $p < 0,05$.

Par contre, il n'y pas de lien statistiquement significatif entre l'information par une autre source et le niveau d'étude ($p > 0,05$).

- *Information et suivi*

Tableau III : Information reçue par un professionnel de santé en fonction du suivi

	Suivi			Total
	Sage-femme seule	Sage-femme et autre pro	Sans intervention d'une sage-femme	
Info : Oui	37	52	63	152
Info : Non	17	23	20	60
Info : Ne sait pas	3	3	6	12
Total	57	78	89	224

$$p = 0,7623$$

La proportion de femmes informées sur le projet de naissance semblait être répartie de manière équivalente au sein des trois groupes exposés dans le tableau III (environ 60% de femmes informées dans chaque type de suivi).

Il ne semble pas exister de lien statistiquement significatif entre les femmes ayant eu un suivi intégrant l'intervention d'une sage-femme et les autres ($p > 0,05$).

- *Entretien prénatal précoce*

Tableau IV : Information reçue par un professionnel de santé en fonction de la participation à un entretien prénatal précoce.

	EPP : Non	EPP : Oui	Ne sais pas	Total
Info reçue : Non	88	58	6	152
Info reçue : Oui	23	36	1	60
Ne sait pas	6	4	2	12
Total	117	98	9	224

$$p = 0.01080$$

D'après le tableau IV, il y avait plus de femmes informées par un professionnel de santé sur le projet de naissance dans le groupe des femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce (36% vs 19%). De plus le lien retrouvé entre ces deux variables était statistiquement significatif ($p < 0,05$).

- *Préparation à la naissance et à la parentalité*

Tableau V : Information reçue par un professionnel de santé en fonction de la participation à une préparation à la naissance

	PNP : Non	PNP: Oui	Total
Info reçue : Non	68	84	152
Info reçue : Oui	11	49	60
Ne sait pas	4	8	12
Total	83	141	224

p = 0.0008556 ; OR : 3.6 [1.8 ; 7.8]

Selon le tableau V, il y avait plus de femmes ayant reçu l'information sur le projet de naissance par un professionnel dans le groupe des femmes ayant réalisé une préparation à la naissance et à la parentalité (34% vs 13%). Le lien entre ces deux variables était statistiquement significatif ($p < 0,05$). L'Odd-ratio du groupe ayant réalisé une préparation à la naissance était de 3,6 et l'intervalle de confiance excluait la valeur 1.

Ainsi, il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de réaliser une préparation à la naissance et le fait de recevoir une information sur le projet de naissance de la part d'un professionnel de santé.

Tableau VI : Information reçue en fonction du professionnel réalisant la préparation à la naissance

	Professionnel ayant réalisé la PNP				Total
	SF libérale	SF de clinique	SF de l'hôpital	SF de PMI	
Info reçue : Oui	56	1	22	5	84
Info reçue : Non	28	3	16	2	49
Info : Ne sait pas	3	1	4	0	8
Total	87	5	42	7	141

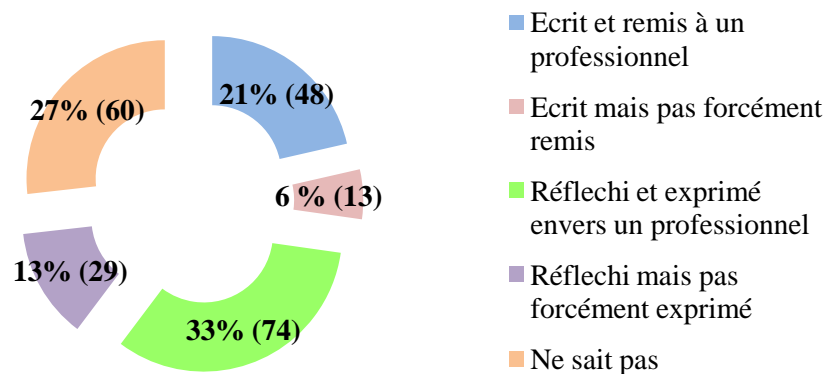
p = 0,2071

D'après le tableau VI, il ne semble pas y avoir de lien statistiquement significatif entre la sage-femme réalisant la préparation à la naissance et le fait pour les femmes de recevoir une information sur le projet de naissance ($p > 0,05$).

➤ Caractéristique du projet de naissance d'après les femmes

• *Forme du projet de naissance*

Figure 10 : La forme du projet de naissance est selon les femmes en % (n)



La figure 10 exprime que pour un tiers environ de la population, le projet de naissance devrait être un outil réfléchi et exprimé envers un professionnel de santé (33%, n=74) ; 13% des femmes estimaient qu'il devrait être réfléchi mais pas nécessairement exprimé envers un professionnel (n=29).

Parallèlement, 21% des femmes exprimaient qu'il devrait plutôt être écrit et remis à un professionnel de santé (n=48). Une minorité pensait qu'il devrait être écrit sans forcément être remis à un professionnel (6%, n=13).

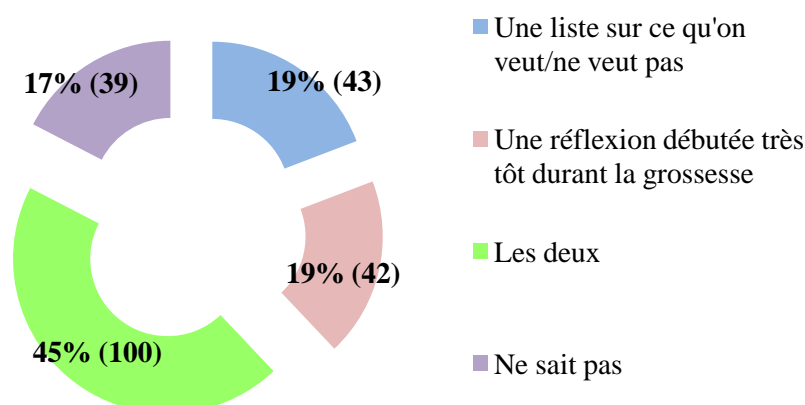
Une grande partie de la population interrogée ne savait pas répondre (27%, n=60).

• *Contenu d'un projet de naissance et élaboration de celui-ci*

Pour une grande majorité de la population, le projet de naissance devrait concerner la grossesse, l'accouchement ainsi que les suites de celui-ci (70%, n=157). Une minorité estimait qu'il ne devrait concerner que l'accouchement (11%, n=24). 19% des femmes ne savaient pas répondre (n=43).

La grande majorité des patientes interrogées estimait que le projet de naissance peut être élaboré seule ou en couple selon le désir et les possibilités des futurs parents (64%, n=143). 23% de la population estimait qu'il devrait forcément être élaboré en couple (n=52). 13% de la population ne savait pas répondre. 1 femme interrogée pensait que le projet de naissance devrait être conçu par la future maman seule.

**Figure 11 : Le projet de naissance est selon les femmes
en % (n)**



D'après la figure 11, pour 45% de la population, le projet de naissance devrait être d'une part une réflexion qui commence très tôt durant la grossesse et qui permet de se projeter en tant que futurs parents et d'autre part une liste de souhaits sur ce que la femme et / ou le couple souhaite ou ne souhaite pas autour de cette grossesse et de cette naissance (n=100).

19% des femmes pensaient que le projet de naissance devrait simplement être une liste de souhaits (n=43) ; 19% également pensaient qu'il constitue simplement une réflexion amenant les futurs parents à se projeter en tant que tels (n=42). Le reste de la population ne savait pas répondre (17%, n=39).

- *Accompagnement du projet de naissance*

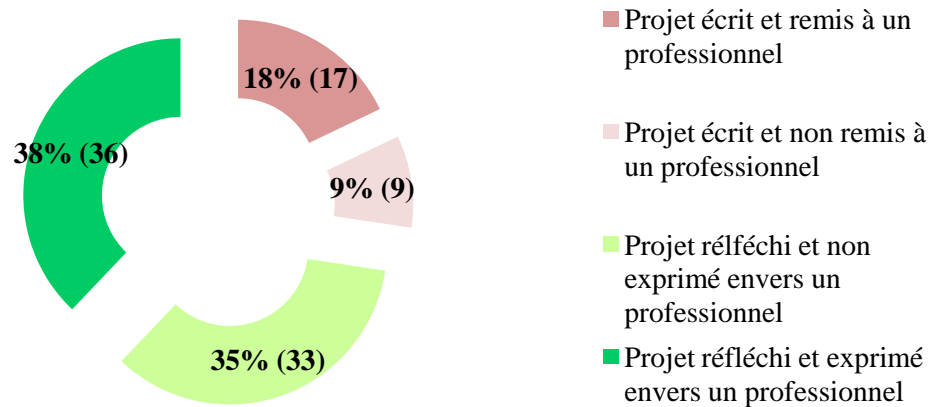
Pour 62% de la population, l'élaboration d'un projet de naissance devrait nécessiter l'accompagnement d'un professionnel de santé (n=140). 17% de la population a estimé que l'aide d'un professionnel de santé n'était pas nécessaire (n=38). 21% des femmes ne savaient pas répondre (n=46).

➤ **Elaboration d'un projet de naissance au sein de la population étudiée**

Au sein de notre population (n=224), 42,4% des femmes avaient élaboré un projet de naissance (n=95). 50,9% des femmes n'en avaient pas élaboré (n=114). Le reste de la population ne savait pas répondre (6,7%, n=15).

- **Formes des projets de naissance**

Figure 12: Formes de projet de naissances retrouvées en % (n)



La figure 12 montre que parmi les 95 femmes ayant conçu un projet de naissance, la majorité l'avait simplement réfléchi sans l'écrire (73%, n=69).

Parmi ces femmes, 52% l'avaient exprimé envers un professionnel de santé (n=36). Les autres ne l'avaient pas exprimé (n=33).

Le projet a été écrit dans 27% des cas (n=26). 17 femmes avaient remis ce projet écrit à un professionnel de santé ; 9 ne l'avaient pas remis.

Tableau VII : Raison évoqué pour ne pas avoir remis / exprimé le projet de naissance

	Projet non écrit non exprimé (n= 33)	Projet écrit non remis (n=9)
Besoin non ressenti	25	4
PDN exprimé non donné		2
Peur de la réaction de l'équipe	1	2
Déconseillé par un autre pro de santé	2	1
Manque de temps	5	2
Exprimé à un autre pro	1	

D'après le tableau VII, la principale raison évoquée par les femmes pour ne pas formuler son projet auprès d'un professionnel était de ne pas ressentir le besoin de le faire.

Parmi les femmes n'ayant pas élaboré de projet de naissance (n=114), les raisons évoquées étaient (*les réponses n'étant pas exclusives*) :

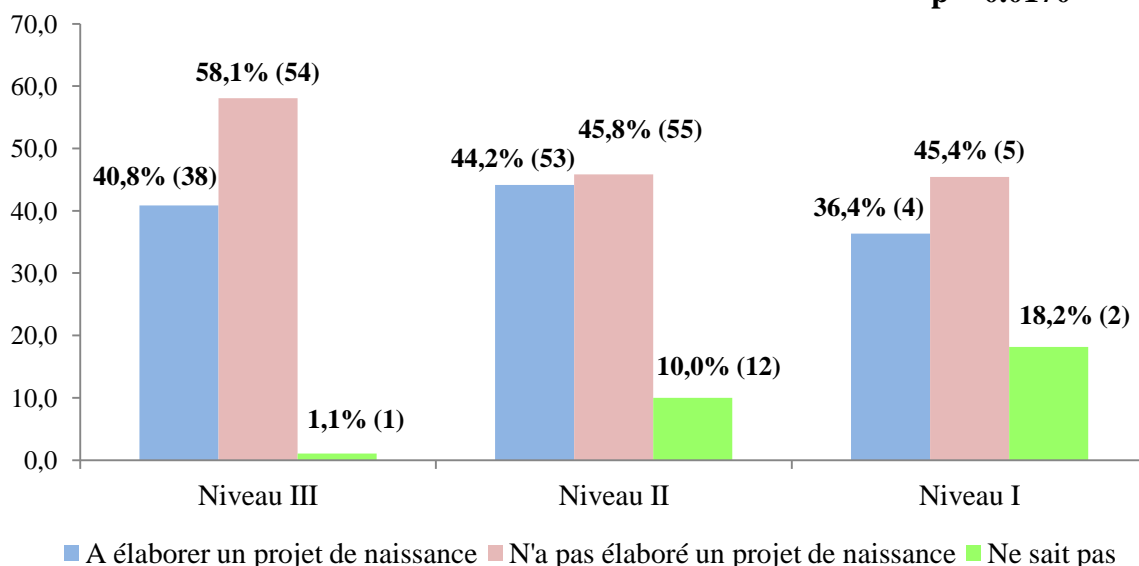
- * L'absence de connaissance de cet outil (47,37%, n=54)
- * Ne pas avoir ressenti le besoin de concevoir un tel projet (par totale confiance en l'équipe médicale) (47,37%, n=54)
- * Le fait que cet outil ait été déconseillé par un professionnel de santé (4,39%, n=5)
- * La peur de la réaction de l'équipe médicale (1,75%, n=2)
- * Le fait de penser que celui-ci n'aurait pas été écouté et respecté (n=1)
- * Une autre raison (n=1), où une femme exprimait qu'elle n'avait pas assez confiance en elle pour concevoir un tel projet.

➤ **Profil de la population ayant élaboré un projet de naissance**

• *Niveau de maternité*

Figure 13 : Elaboration d'un projet de naissance en fonction du niveau de maternité en % (n)

p = 0.0170



Dans la figure 13, nous pouvons constater qu'une plus grande proportion de femmes n'a pas conçu un projet de naissance au sein du niveau III.

Ainsi il y aurait un lien entre élaborer un projet de naissance et le niveau de maternité. De plus la différence observée est statistiquement significative car $p < 0,05$.

• *Age*

Tableau VIII : Elaboration d'un projet de naissance en fonction de l'âge

	< 25 ans	26-30 ans	31-35 ans	>35ans	Total
PDN : Non	25	48	25	16	114
PDN : Oui	14	35	42	14	95
Ne sait pas	3	8	3	1	15
Total	42	94	70	31	224

p = 0.4539

Suivant le tableau VIII, les femmes réparties au sein des différentes classes d'âge semblaient concevoir un projet de naissance de manière équivalente. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et l'élaboration d'un projet de naissance ($p > 0,05$).

- *Niveau d'étude*

Tableau IX : Elaboration d'un projet de naissance en fonction du niveau d'étude

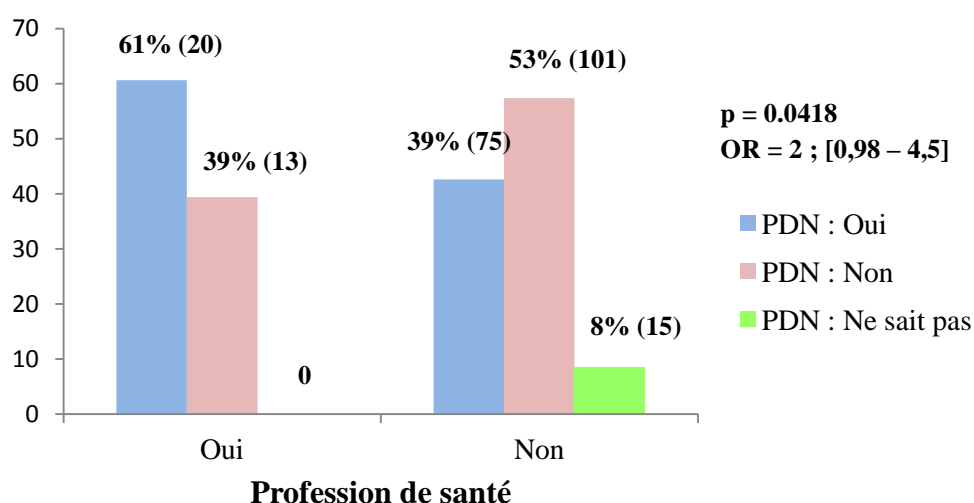
	Niveau primaire	Niveau collège	Niveau Lycée	Etudes supérieures	Total
PDN : Non	0	16	35	63	114
PDN : Oui	1	6	22	66	95
Ne sait pas	0	6	5	4	15
Total	1	28	59	133	224

$$p = 0.002383$$

D'après le tableau IX, un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre le niveau d'étude et l'élaboration d'un projet de naissance ($p < 0,05$). De plus il semblerait que plus le niveau d'étude augmente plus les femmes aient tendance à concevoir un projet de naissance.

- *Appartenance à une profession en rapport avec la santé*

Figure 14 : Elaboration d'un projet de naissance en fonction d'une profession en avec la santé en % (n)



Il y avait plus de femmes ayant élaboré un projet de naissance dans le groupe de celles appartenant à une profession de santé. Le lien entre ces deux variables semblait statistiquement significatif ($p < 0,05$). L'Odd-ratio du groupe de femmes appartenant à une profession de santé était de 2. Néanmoins l'intervalle de confiance comprenait la valeur 1.

Ainsi il était impossible de conclure sur un lien statistiquement significatif entre le fait pour une femme d'appartenir à une profession en relation avec la santé et le fait de concevoir un projet de naissance.

- *Parité*

Tableau X : Elaboration d'un projet de naissance en fonction de la parité

	Primipare	2 ème pare	3 ème pare ou plus	Total
PDN : Non	64	32	18	114
PDN : Oui	54	23	18	95
PDN : Ne sait pas	7	3	5	15
Total	125	58	41	224

$$p = 0.5708$$

Dans le tableau X, les femmes réparties selon leur parité, semblaient avoir conçu un projet de naissance de manière équivalente (environ 40% d'élaboration au sein de chaque groupe). Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre la parité et l'élaboration d'un projet de naissance ($p > 0,05$)

- *Entretien prénatal précoce*

Tableau XI : Elaboration d'un projet en fonction de la réalisation d'un entretien prénatal précoce

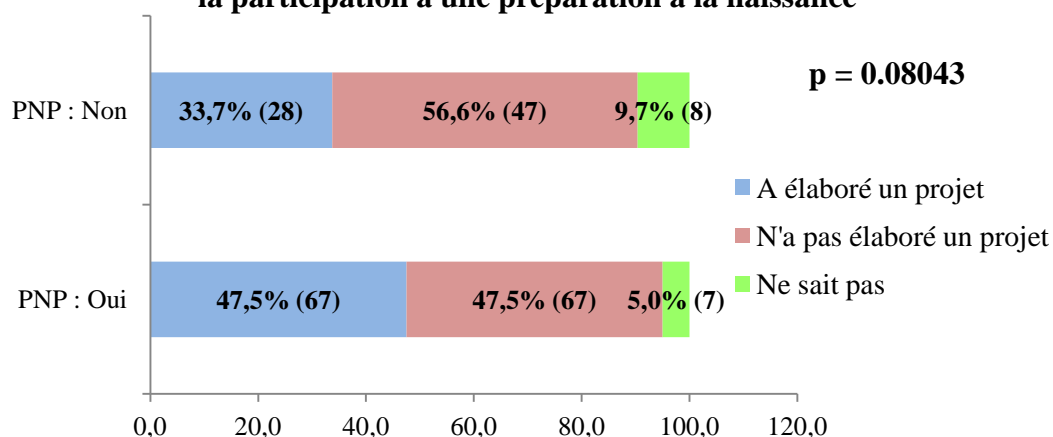
	EPP : Non	EPP : Oui	EPP : Ne sais pas	Total
PDN : Non	67	44	3	114
PDN : Oui	40	52	3	95
PDN : Ne sait pas	10	2	3	15
Total	117	98	9	224

$$p = 0.001261$$

D'après le tableau XI, il y avait plus de femmes ayant élaboré un projet de naissance dans le groupe de celles ayant bénéficié d'un entretien prénatal. Le lien entre ces deux variables est statistiquement significatif car $p < 0,05$.

- *Préparation à la naissance*

Figure 15 : Elaboration d'un projet de naissance en fonction de la participation à une préparation à la naissance



D'après la figure 15, il avait plus de femmes ayant élaboré un projet de naissance dans le groupe de celle ayant réalisé une préparation à la naissance. Mais le lien entre ces deux variables n'était pas statistiquement significatif ($p > 0,05$).

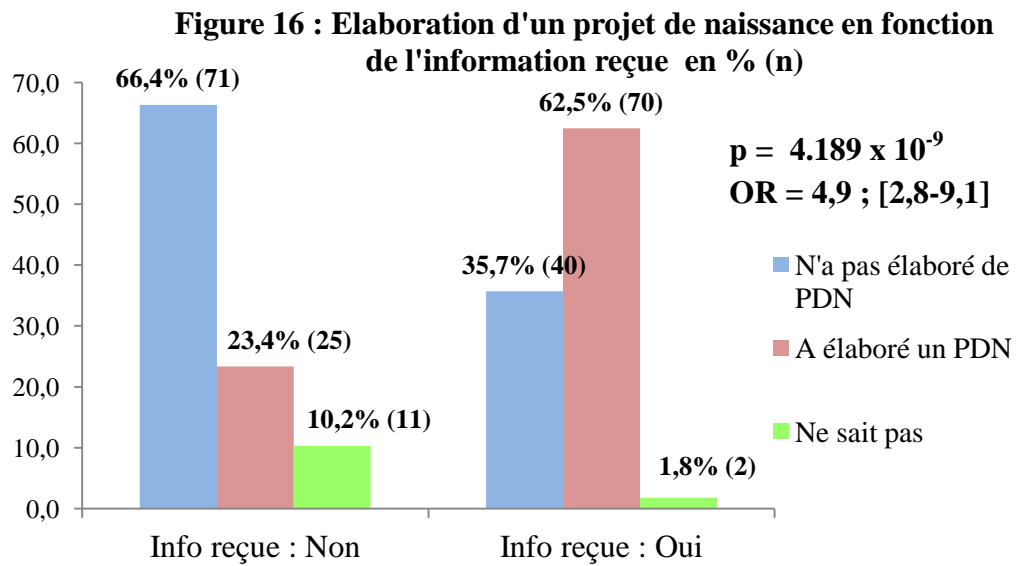
Tableau XII : Elaboration d'un projet de naissance en fonction de la sage femme ayant réalisé la PNP

	SF libérale	SF de clinique	SF de l'hôpital	SF de PMI	Total
PDN : Non	43	2	19	3	67
PDN : Oui	41	3	19	4	67
PDN : Ne sait pas	3	0	4	0	7
Total	87	5	42	7	141

p = 0.8079

Dans le tableau XII, il semblait y avoir une répartition homogène des femmes ayant conçu ou non un projet de naissance en fonction des sages-femmes ayant assuré la préparation à la naissance. Effectivement, aucun lien statistiquement significatif n'est retrouvé entre ces deux variables ($p > 0,05$).

- *Information reçue*



La figure 16 met en évidence qu'il y a plus de femmes ayant conçu un projet de naissance dans le groupe de celles ayant reçu une information à ce sujet durant la grossesse. Le lien entre ces deux variables était statistiquement significatif ($p < 0,05$). L'Odd ratio du groupe de femmes ayant reçu l'information était de 4,9 avec un intervalle de confiance qui ne comprenait pas la valeur 1.

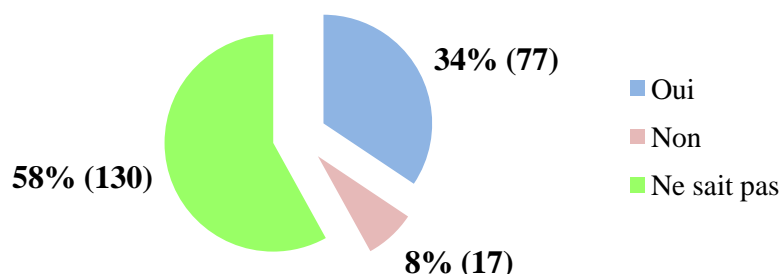
Ainsi, il semblerait qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de recevoir une information sur le projet de naissance et le fait d'en élaborer un.

(NB : 5 femmes ne savaient pas si elles avaient reçu une information ; elles n'apparaissent pas dans la figure).

➤ **Evaluation de l'utilité du projet de naissance**

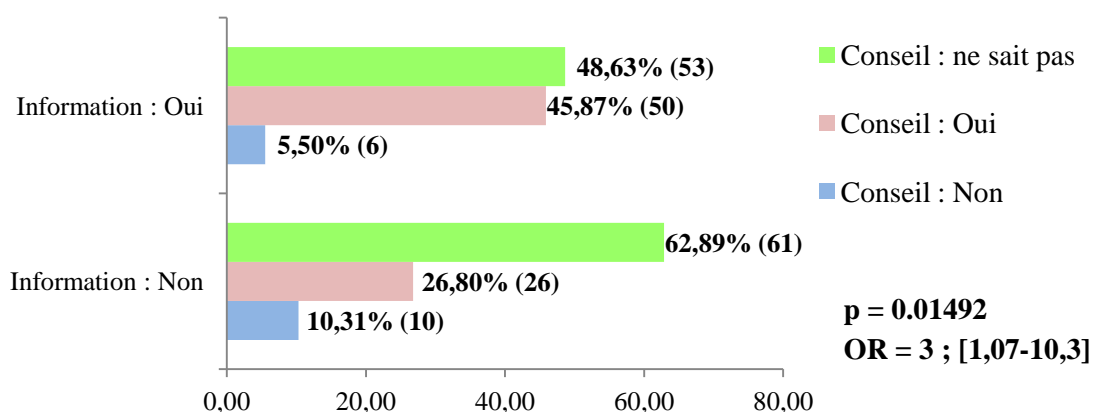
• *Conseiller le projet de naissance à une amie*

Figure 17 : Conseil à une amie d'élaborer un projet de naissance en % (n)



La figure 17 montre que parmi les femmes interrogées, une grande majorité ne savait pas si elle conseillait à une amie d'élaborer un projet de naissance. 84% de ces femmes ne donnaient pas plus de commentaires. Lorsqu'un commentaire était fait, la raison souvent exprimée pour ne pas conseiller le projet à une amie, était que cette décision est une décision propre à chaque couple / femme (n=16).

Figure 18 : Conseil de la conception d'un projet de naissance en fonction de l'information reçue sur ce sujet en % (n)



La figure 18 exprime qu'il y avait plus de femmes enclines à conseiller leur amie à concevoir un projet de naissance dans le groupe des femmes ayant reçu une information à ce sujet. La différence entre ces deux variables était statistiquement significative ($p < 0,05$). L'odd ratio du groupe ayant reçu l'information était de 3 avec un intervalle de confiance excluant la valeur 1.

Ainsi, il semblerait qu'il y ait un lien statistiquement significatif entre recevoir une information sur le projet de naissance et le conseiller à une amie.

Tableau XIII : Lien entre élaboration d'un projet de naissance et conseil à une amie

	Conseil à une amie : Non	Conseil à une amie : Oui	Ne sait pas	Total
PDN : Non	13	22	79	114
PDN : Oui	3	55	37	95
Ne sait pas	1	0	14	15
Total	17	77	130	224

$$p = 8.522 \times 10^{-10}$$

D'après le tableau XIII, il y avait plus de femmes qui conseillaient à une amie de réaliser un projet dans le groupe de celles ayant elles mêmes conçu un projet de naissance durant leur grossesse. La différence entre ces deux variables était statistiquement significative ($p < 0,05$).

- *Note donnée au projet de naissance*

Au sein de la population interrogée, 49,5% des femmes ont souhaité noter l'utilité du projet de naissance ($n=111$).

Tableau XIV : Evaluation du projet de naissance par une note de 0 à 10 en fonction de l'élaboration d'un projet

Notes données à l'outil PDN	Moyenne +/- écart type	p-value
PDN : Oui	8,14 +/- 1,78	p = 0.0001459 IC [-2,7 ; -0,9]
PDN : Non	6,32 +/- 2,4	
Population totale ($n=111$)	7,5 +/- 2,16	

D'après le tableau XIV, la moyenne des notes données à l'outil projet de naissance était de 7,5. L'écart type était de 2,16. Les notes allaient de 0 à 10. La médiane était de 8.

De plus, une différence statistiquement significative a été retrouvée entre les notes données par les femmes ayant élaboré un projet et les autres. En effet, $p < 0,05$. De plus l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur 1.

- *Réponses aux questions ouvertes*

Les femmes avaient la possibilité de donner leur avis, d'ajouter quelque chose à propos de ce sujet à la fin du questionnaire.

Il faut noter quelques idées qui ressortent de ces avis. Le projet de naissance est donc, d'après les femmes :

Une décision qui se réalise en couple

Un outil qui permet d'envisager le moment de la naissance et de l'accouchement

Un outil qui permet d'ouvrir la discussion avec un professionnel de santé

Un outil qui permet de se projeter en tant que futurs parents

Un projet qui ne se réalise pas forcément

Mais il est également d'après certaines femmes :

Inutile

Un outil qui crée une idée idéale et qui est donc décevant

Impossible à réaliser sans être un professionnel de la naissance

Un effet de mode

Le détail des questions ouvertes se trouve en annexe [Annexe III].

➤ **Concernant le vécu de l'accouchement**

La moyenne des notes représentant le vécu de l'accouchement était de 8,29. L'écart type était de 1,8. Les notes allaient de 0 à 10. La médiane était de 9.

- *Impact du projet de naissance sur le vécu de l'accouchement*

Tableau XV : Moyenne des notes du vécu de l'accouchement en fonction de l'élaboration d'un projet de naissance

	Moyenne +/- écart-type	P-value
PDN : Oui (n=95)	8,28 +/- 1,84	p = 0,8791
PDN : Non (n=112)	8,24 +/- 1,81	

D'après le tableau, il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative concernant le vécu des femmes ayant élaboré un projet de naissance et les autres (p>0,05).

➤ **Prise en charge des femmes ayant formulé un projet de naissance à l'équipe**

Cette partie concerne uniquement le groupe de la population ayant formulé un projet de naissance à l'équipe soit oralement soit par écrit (n=53).

- *Accompagnement par un professionnel de santé*

Parmi les 17 femmes ayant élaboré un projet écrit et l'ayant remis, 10 avaient été accompagnées dans cette démarche par un professionnel de santé.

Parmi les 36 femmes ayant réfléchi un projet de naissance et l'ayant exprimé, 20 étaient accompagnées par un professionnel de santé dans cette démarche.

Ainsi, 57% de la population avait été accompagnée par un professionnel dans l'élaboration d'un projet de naissance.

La plupart de ces femmes étaient accompagnées par une sage-femme hospitalière (n=14) ou par une sage-femme libérale (n=11). Les autres professionnels cités dans l'accompagnement étaient : le médecin gynécologue (n=3), la sage-femme de PMI (n=1) et la sage-femme exerçant en clinique (n=1).

La moyenne de la note donnée à l'accompagnement était de 8,03 (les notes allant de 5 à 10).

- *Professionnel de l'équipe à qui la femme a exprimé/remis son projet en premier*

La plupart des femmes avaient fait part de leur projet à une sage femme (n=33). Les autres professionnels choisis par les femmes pour faire part de leur projet étaient: le médecin gynécologue (n=15), la sage-femme cadre (n=2), le médecin anesthésiste (n=1).

- *Moment choisi pour remettre/exprimer le projet de naissance*

La majorité des femmes avait choisi de faire part de son projet durant une consultation (n=31). Les autres moments choisis pour faire part du projet étaient : une séance de préparation à la naissance (n=11), l'arrivée en salle de naissance (n=6), pendant le travail d'accouchement (n=5).

- *Ecoute et respect du projet de naissance*

Tableau XVI : Moyenne des notes données pour l'écoute du PDN au moment où la femme l'exprimait en fonction de la forme PDN

Notes données à l'écoute	Moyenne +/- écart type	p-value
PDN : Ecrit (n=17)	8,35 +/- 2,26	p = 0.5925
PDN : Non écrit (n=36)	7,97 +/- 2,66	
Population totale (n=53)	8,09 +/- 2,52	

D'après le tableau XVI, la moyenne des notes donnée pour l'écoute du projet de naissance au moment où la femme l'exprimait était de 8,09. L'écart type était de 2,52.

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les moyennes des notes d'écoute chez les femmes ayant un projet de naissance écrit et les autres. En effet le p était supérieur à 0,05.

Tableau XVII : Moyenne des notes données pour le respect du PDN en fonction de la forme du PDN

Notes données à l'écoute	Moyenne +/- écart type	p-value
PDN : Ecrit (n=17)	8,47 +/- 2,26	p = 0.7963
PDN : Non écrit (n=36)	8,31 +/- 2,66	
Population totale (n=53)	8,36 +/- 2,33	

D'après le tableau XVII, la moyenne des notes données pour le respect du projet de naissance était de 8,36. L'écart type était de 2,33.

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les moyennes des notes concernant le respect du projet dans le groupe des femmes ayant un projet écrit et les autres, p étant supérieur à 0,05.

- *Détails des différents actes réalisés pendant l'accouchement*

Tableau XVIII : Actes médicaux réalisés durant l'accouchement chez les femmes ayant formulé un projet de naissance auprès de l'équipe

	Ont eu	Ne sais pas	Ne le souhaitait pas	N'a pas compris	Regrette	Total
VVP	43	10	9	1	1	53
Perfusion	43	7	18	1	1	
Déclenchement	11	5	11	0	0	
ECT	47	3	7	2	2	
Syntocinon	17	16	13	1	3	
APD	37	1	14	3	5	
Extraction	9	1	9	0	1	
Césarienne	8	0	8	0	4	
Episiotomie	15	0	15	2	4	

Le tableau XVIII donne une notion de la compréhension des actes médicaux réalisés auprès des femmes ayant formulé un projet de naissance auprès de l'équipe (n=53).

IV. Discussion

4.1.Limites de l'étude

4.1.1. Concernant notre population

Seulement 5 maternités ont été interrogées. De plus, nous n'avons aucune population provenant de la région « Haute-Loire ». Ceci constitue une limite de notre étude : elle exclut un département de la région Auvergne.

La répartition de notre échantillon au sein des niveaux de maternité n'est pas en accord avec la répartition qu'il existe au sein de la population générale. Il semblerait que la cause de cette mauvaise répartition trouve son origine dans le mode de distribution du questionnaire : celui-ci était laissé à disposition des équipes pour distribution.

Enfin, il aurait été intéressant d'évaluer en parallèle l'avis des professionnels de santé sur le projet de naissance. En effet, l'information et l'accompagnement de celui-ci les concernent.

4.1.2. Concernant le mode de recueil de données

Notre questionnaire présentait une certaine longueur (12pages). Néanmoins, les femmes répondaient à certaines questions selon leur situation. Ainsi, le temps moyen évalué pour répondre au questionnaire était de 10 minutes, ce qui est plutôt correct. De plus, il était laissé à disposition des femmes. Ainsi celles-ci pouvaient le remplir lorsqu'elles le souhaitaient / pouvaient.

Le questionnaire aurait pu évaluer la nationalité ainsi que la situation familiale des femmes interrogées afin d'étayer la description de la population.

L'âge des femmes n'a pas été demandé. Les résultats comprennent donc seulement des classes d'âge.

Le questionnaire ne comprenait pas de question relative au déroulement de la grossesse. Notamment il est impossible de connaître la proportion de femmes ayant vécu une grossesse pathologique au sein de notre étude.

L'évaluation du vécu de l'accouchement était limitée à une note de 0 à 10. Une étude qualitative plus approfondie aurait permis de mieux apprécier le vécu des femmes.

Enfin, la partie qui devait permettre d'évaluer la compréhension et la satisfaction des femmes ayant formulé leur projet de naissance auprès de l'équipe quant à la réalisation celui-ci était limitée. En effet, les questions étaient centrées sur des actes purement médicaux. De plus un nombre réduit de femmes était concerné par ces items.

4.2. Discussion des résultats de l'étude

Pour comparer nos résultats, nous avons pris comme référence la population qui ressort de l'Enquête nationale périnatale 2010 [31].

4.2.1. Taux de réponse

Le taux de réponse était important (77%, n=236) et le nombre de questionnaires exploitables était satisfaisant (n=224).

Néanmoins, notre population ne comprend pas de femmes originaires de la région « Haute-Loire ». Ainsi, elle n'est peut être pas représentative de la population auvergnate dans son ensemble.

De plus, la répartition de notre population au sein des différents niveaux de maternités n'est pas équivalente à la population française.

Tableau XIX : Répartition de la population en fonction du lieu d'accouchement en %

	Etude	Enquête nationale périnatale [31]
Niveau I	5%	30,2%
Niveau II	53%	46,8%
Niveau III	42%	23,1%

D'après le tableau XIX, notre population surestime la proportion de femmes ayant donné naissance en niveau III et sous-estime celles ayant donné naissance en niveau I.

4.2.2. Caractéristiques de la population

4.2.2.1. Age

Notre population était constituée à 40% de femmes de plus de 35ans. Ceci est deux fois plus important que dans la population générale prise en référence (20%).

Néanmoins, la classe d'âge la plus représentée au sein de notre étude comprend la moyenne d'âge de la population générale prise comme référence (29,9 ans) [31].

4.2.2.2. Niveau d'étude

Au sein de notre population, 59 % des femmes avaient réalisé des études supérieures. Ce résultat est comparable à celui obtenu pour la région Auvergne au sein de la population générale prise comme référence (51,8%) [31].

4.2.2.3. Profession

Il peut être intéressant de comparer les catégories socioprofessionnelles des deux études.

Tableau XX : Professions exercées au sein de notre population comparées à celles exercées au sein de la population de l'Enquête nationale périnatale 2010.

	Population étudiée	Population de l'enquête périnatale 2010 [31]
Agricultrices	1,12	0,6
Artisans, commerçantes	2,79	1,8
Cadre, professions intellectuelles supérieures	13,41	16,5
Professions intermédiaires	36,87	27,6
Employées	45,25	46,7
Ouvrières	0,56	6,6
Autres		0,4

D'après le tableau XX, on retrouve des similitudes entre notre étude et l'enquête nationale périnatale.

Dans les deux études, les classes socioprofessionnelles des « agricultrices » et des « artisans, commerçantes » représentent une minorité (3,91% vs 2,4%).

Par ailleurs, la proportion de « cadres et de professions intellectuelles supérieures » est inférieure à la proportion de « professions intermédiaires » et d'« employées ». De plus, les chiffres de cette classe socioprofessionnelle sont comparables (13,41% vs 16,5%).

La classe des « employées » est la plus représentée au sein des deux populations et ce en chiffres équivalents (45,25% vs 46,7%) ; suit la classe des « professions intermédiaires » dans les deux populations mais avec une proportion différente (36,87% vs 27,6%). Ainsi notre étude surestime la catégorie des professions intermédiaires.

Enfin, les « ouvrières » représentent une minorité mais en proportions différentes (0,56% vs 6,6%).

Il faut ajouter à ces résultats qu'au sein de notre population 20% des femmes étaient inactives. Ce statut était 1,5 fois plus important au sein de l'Enquête périnatale (32,8%) [31].

4.2.2.4.Parité

Les primipares étaient majoritaires au sein de notre population. Or, cette proportion est différente au sein de la population générale prise en référence (43,4%). Ainsi notre étude surestime le nombre de primipares.

4.2.2.5.Suivi de grossesse

Concernant le suivi de la grossesse, nous avons pu mettre en évidence qu'un nombre non négligeable de femmes est suivi par plusieurs professionnels durant la grossesse. Ainsi, on peut douter de la réelle existence d'un accompagnement global durant la grossesse au sein de la population. Pourtant, d'après les recommandations de la HAS, « Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. » [23]. Il semblerait néanmoins que le suivi par deux professionnels soit très souvent mis en place.

Tableau XXI : Professionnels intervenant dans le suivi de la grossesse

	Population étudiée	Enquête nationale périnatale 2010 [31]
Médecin généraliste	1,8	23,8
Médecin gynécologue libéral	25	47,2
Médecin gynécologue en hôpital	41,1	63,4
Sage femme libérale	15,6	15,6
Sage-femme PMI	0,9	3,7
Sage femme à l'hôpital	41,1	39,4

Dans le tableau XXI, on remarque des points communs.

Ainsi, dans les deux études, le professionnel qui intervient le plus dans le suivi de la grossesse est le gynécologue hospitalier mais les proportions sont différentes (41,1% vs 63,4%).

Dans l'enquête périnatale le deuxième professionnel intervenant dans le suivi est le gynécologue libéral. Ce n'est pas le cas dans notre étude. Ainsi notre étude sous-estime l'intervention de ce professionnel dans le suivi de la grossesse.

Enfin la sage-femme hospitalière a une place importante dans le suivi de la grossesse et en proportions équivalentes dans les deux études (41,1% vs 39,4%).

Dans les deux populations, l'intervention des sages-femmes de PMI dans le suivi de la grossesse est minoritaire. Néanmoins on peut faire l'hypothèse que ces professionnels réalisent plutôt un suivi orienté.

La place prise par les sages-femmes libérales semble être limitée (15,6% au sein des deux études).

La proportion de médecins généralistes intervenant dans le suivi de la grossesse est sous-estimée par notre étude (1,8% vs 23,8 %).

Par ailleurs, nos résultats ont montré que 38,4% des femmes étaient suivies par un gynécologue seul (n=86), 33,9% étaient suivies par un gynécologue en collaboration avec une sage-femme (n=76) et 25,45% des femmes étaient suivies par une sage-femme seule (n=57).

Nous n'avons pas connaissance de la proportion de notre population ayant présenté une grossesse pathologique.

Néanmoins le suivi par une sage-femme seule semble peu fréquent au sein de la population. Pourtant, les recommandations de la HAS précisent qu'il n'y a pas de données scientifiquement établies pour conseiller préférentiellement un suivi par un gynécologue obstétricien dans le cadre d'une grossesse physiologique : « Les sages-femmes et les médecins généralistes peuvent suivre les femmes ayant une grossesse normale. » [23].

On peut émettre l'hypothèse suivante :

- d'une part, le type de suivi souvent proposé est le suivi conjoint par un médecin et une sage-femme.
- d'autre part on peut également envisager qu'il existe une méconnaissance des femmes sur la possibilité de faire suivre leur grossesse entièrement par une sage-femme.

Il aurait été intéressant de demander aux femmes si le suivi était assuré par la(les) même(s) personne(s). En effet, notre question porte seulement sur le type de professionnels. Mais la femme aurait pu rencontrer durant son suivi plusieurs sages-femmes ou médecins.

4.2.2.6. Les choix

Dans notre population la majorité des femmes estimait avoir le choix aussi bien durant la grossesse que durant l'accouchement ou ses suites [Figure 7].

Néanmoins, une partie non négligeable de la population estimait encore ne pas avoir la possibilité d'intervenir et de donner son avis durant la grossesse (6,3%) et durant les suites de l'accouchement (11,2%). De plus, près de 2 femmes sur 10 estimaient ne pas avoir le choix durant le moment qui entoure l'accouchement.

Ainsi on peut conclure que le concept de choix qui entoure la grossesse et l'accouchement n'est pas totalement intégré encore pour les femmes.

4.2.2.7.Définition du projet de naissance

Volontairement, aucune information ou définition n'a été donnée aux femmes sur le projet de naissance. Ainsi, celles-ci nous donnaient les éléments qui selon elles le définissent au mieux. Cette question a été imaginée afin de percevoir si l'outil qui est proposé aux femmes enceintes (notamment par la HAS) correspond à l'idée que leur inspire un projet de naissance.

D'après la majorité des femmes, le projet de naissance devrait être un outil:

- Réfléchi et exprimé auprès d'un professionnel de santé
- Qui concernerait la grossesse, l'accouchement ainsi que ses suites
- Qui serait réalisé seule par la future mère ou en couple selon le désir et les possibilités des futurs parents
- Supposant une réflexion qui débiterait très tôt durant la grossesse et qui permettrait aux parents de se projeter dans leurs rôles futurs, associée à une liste de souhaits
- Nécessitant un accompagnement par un professionnel de santé

Le projet de naissance semble être un outil peu utilisé. Une des raisons envisageable est l'incohérence entre l'idée qu'on les femmes du projet de naissance et ce qui est proposé comme concept par la HAS. Or la définition donnée par la majorité des femmes correspond à celle donnée par la HAS.

Ainsi, ce n'est pas parce que cet outil est inadapté aux femmes que celles-ci ne l'utilisent pas.

Cette question met aussi en évidence une certaine méconnaissance des femmes sur ce sujet. Effectivement, à chacune des 4 questions posées, un nombre important de femmes ne savaient pas répondre.

4.2.2.8. Entretien prénatal précoce

La réalisation de l'entretien prénatal était plus importante au sein de notre population qu'au sein de la population générale prise comme référence (43,75% vs 20,8% dans la région Centre Est comprenant la région Auvergne).

De plus, une proportion non négligeable de femmes ne savait pas si elle avait bénéficié ou non d'un entretien prénatal. Cette constatation est valable au sein des deux populations.

Ainsi l'entretien prénatal précoce n'est réalisé que pour une minorité de femmes.

La proportion de professionnels qui réalisaient l'entretien prénatal était équivalente dans les deux études : en majorité les sages-femmes (91% vs 95,4%) et les gynécologues obstétriciens (9% vs 3,6%) [31]. Néanmoins, au sein de l'Enquête périnatale, un autre type de professionnel réalisait les entretiens. On peut supposer que ce sont les médecins généralistes ainsi représentés puisque ce sont les seuls (en dehors des deux déjà cités) qui peuvent réaliser l'entretien prénatal précoce. Au sein de notre population aucune femme n'a exprimé avoir bénéficié d'un entretien prénatal avec un médecin généraliste.

Il pourrait être intéressant de demander le contenu de l'entretien aux femmes. En effet, celui-ci a des objectifs spécifiques. Ainsi, il serait judicieux de connaître les sujets abordés durant ces entretiens.

4.2.2.9. Préparation à la naissance

La participation à une préparation à la naissance est plus importante chez les primipares que chez les multipares au sein des populations des deux études. Néanmoins, notre étude surestime la participation à la préparation à la naissance dans les deux groupes (84,8% vs 73,2% pour les primipares ; 35,35% vs 28,5% pour les multipares).

Les femmes ont donc un intérêt certain pour les séances de préparation à la naissance. De plus, cet intérêt s'est développé puisque d'après l'enquête nationale périnatale, il y a une augmentation de la participation à ces séances depuis 2003 [31].

Les sages-femmes sont les seuls professionnels réalisant la préparation à la naissance et à la parentalité. Néanmoins notre étude surestime la proportion de sages-femmes libérales réalisant la préparation à la naissance (62% vs 16%) [31].

Nous pouvons remarquer qu'il y a plus de participation à une préparation à la naissance que de réalisation d'entretien prénatal précoce. Or dans l'absolu, les deux ne devraient pas être déconnectés : l'entretien prénatal constitue la première séance de préparation à la naissance.

De plus, l'entretien prénatal est en partie réalisé par des gynécologues obstétriciens. Or aucun d'entre eux ne semble organiser de séances de préparation à la naissance. Ainsi le professionnel réalisant l'entretien n'est pas toujours celui qui mène les séances de préparation à la naissance.

Néanmoins il existe un lien entre la réalisation d'un entretien prénatal précoce et la participation à une préparation à la naissance [Tableau I]. Ce lien est rassurant. D'après les recommandations sur la préparation à la naissance, un encouragement à participer aux séances de préparation à la naissance doit être réalisé durant l'entretien prénatal [1]. Cette recommandation est donc probablement appliquée.

De plus, l'entretien prénatal est un outil relativement récent [2]. Il existe donc peu de recul pour le juger.

4.2.3. Information reçue sur le projet de naissance

Nous souhaitons évaluer l'information de la population sur le projet de naissance.

Tout d'abord, il semble qu'une grande partie de la population ait une certaine méconnaissance à ce sujet. En effet, 47% des femmes n'ayant pas réalisé de projet de naissance évoquaient comme raison la méconnaissance totale de ce dispositif.

Seulement 50% de notre population a reçu une information à ce sujet.

De plus, la première source d'information n'est pas un professionnel de santé.

En effet, les deux premières sources d'information sont constituées par des médias : les magazines et lectures destinés à la femme enceinte et l'outil internet [Figure 8].

Au départ, il n'existait pas d'item dans notre questionnaire sur une information reçue par la télévision. Néanmoins, nous avons créé cette modalité à la suite de l'interprétation des questionnaires. L'information émise par la télévision provenait d'une émission destinée à un public des femmes enceintes.

Aucun lien n'a été retrouvé entre l'information reçue par une autre source qu'un professionnel de santé et le niveau d'étude [Tableau II]. Pourtant, d'après une enquête de la DRESS, plus le niveau d'étude augmente plus l'accès au moyen de communication et d'information augmente [35]. Ce constat est encore plus marqué pour l'accès à internet.

Le fait que le projet de naissance soit évoqué par les médias en fait un sujet d'actualité.

Cette source d'information peut être une manière de lancer la réflexion des couples sur le projet de naissance. Mais il nous semble que le professionnel de santé devrait trouver une place plus importante au sein de cette information. En effet, il est recommandé aux professionnels d'informer et d'accompagner la femme / le couple dans la démarche du projet de naissance [1] [9].

Au sein des professionnels de santé, l'information émanerait en priorité des sages-femmes libérales (24,1%) et des sages-femmes hospitalières (23,2%) [Figure 8]. Ainsi on retrouve la place importante de la sage-femme parmi tous les professionnels de la périnatalité pour informer la femme / le couple sur la possibilité d'élaborer un projet de naissance.

Il aurait pu être judicieux d'interroger en parallèle les professionnels de santé afin de connaître leur avis sur cet outil. Nous aurions peut-être pu ainsi trouver une raison à la sous-information des femmes à ce sujet.

L'intervention d'une sage-femme durant les consultations prénatales ne paraît pas influencer l'information reçue par les femmes sur le projet de naissance [Tableau III]. Ainsi l'information à ce sujet ne semble pas être réalisée à ce moment là.

L'information délivrée aux femmes par un professionnel semblait être influencée par le niveau de maternité [Figure 9]. Néanmoins il est difficile de conclure concernant le niveau I compte tenu du faible taux de réponse au sein de cette maternité.

Le niveau d'étude a été retrouvé comme facteur influençant l'information des femmes par un professionnel [Tableau II]. On peut envisager qu'il influence le professionnel à informer ou non la femme enceinte à ce sujet. En effet, le niveau de compréhension peut apparaître comme un obstacle pour le professionnel.

L'entretien prénatal précoce ainsi que la préparation à la naissance semblent également être des facteurs qui favorisent l'information par les professionnels de santé [Tableau IV et V]. Par contre l'information au cours de la préparation à la naissance ne dépend pas de la sage-femme ayant animé les séances [Tableau VI]. Cette constatation est intéressante puisqu'on peut de cette manière penser que le sujet du projet de naissance est abordé durant l'entretien prénatal et la préparation à la naissance et que cela ne dépend pas du professionnel de santé.

Notre étude, surestime la proportion de femmes ayant réalisé un entretien prénatal et une préparation à la naissance. Ceux-ci favorisent l'information des femmes sur le projet de naissance. Ainsi, la population générale est moins informée sur le projet de naissance que notre population.

4.2.4. Etat des lieux de l'élaboration d'un projet de naissance

Au sein de notre population, près de la moitié des femmes estimait avoir élaboré un projet de naissance. Ce résultat nous a semblé étonnant : au départ, une des raisons qui nous a amené à réaliser cette étude était qu'il nous semblait que très peu de femmes avaient recours à cet outil.

Ainsi, il semblerait que nous sous estimions l'élaboration effective du projet de naissance.

Les femmes formulent leur projet de naissance à l'équipe qui réalise l'accouchement dans 44 % des cas. Par conséquent il existe bien souvent une sous évaluation de l'élaboration effective des projets de naissance.

Concevoir un projet de naissance ne semblait pas dépendre de l'âge [Tableau VIII] ni de la parité [Tableau X] ; il existe peut être un lien avec le fait d'appartenir ou non à une profession de santé mais le résultat de notre étude n'était pas statistiquement significatif [Figure 14].

De la même manière, la participation à une préparation à la naissance est peut être un facteur qui influencerait de manière positive l'élaboration d'un projet de naissance. Néanmoins le lien mis en évidence n'était pas statistiquement significatif [Figure 15].

Par contre, plus le niveau d'étude augmente plus l'élaboration des projets de naissance augmente [Tableau IX].

De plus, la réalisation de l'entretien prénatal favoriserait la conception d'un projet de naissance [Tableau XI]. Néanmoins ces variables favorisent elles-mêmes l'accès à l'information des femmes. Il est probable que ce soit l'information qui influence réellement l'élaboration d'un projet de naissance.

Effectivement nous avons pu mettre en évidence un lien très important entre l'élaboration d'un projet de naissance et l'information reçue à ce sujet [Figure 16]. Ainsi, une femme ayant reçu une information durant sa grossesse sur ce dispositif aurait près de 5 fois plus de chance d'en concevoir un en comparaison à une femme n'ayant reçu aucune information.

De manière synthétique, le type de projet de naissance le plus élaboré par la population était le projet réfléchi (et non le projet écrit). Ceci est en accord tout d'abord avec ce qui prédominait dans l'évaluation du plan périnatal : il existe un paradoxe entre écrire un projet et que celui-ci porte sur un moment de la vie plein d'apriori et de ressenti [11].

Cela correspond également à la définition donnée le plus par les femmes concernant ce que devrait être le projet de naissance (46% estimaient qu'il doit être seulement réfléchi et non écrit).

De plus, la majorité des femmes estiment qu'il devrait être exprimé envers un professionnel. Les femmes ayant élaboré un projet de naissance ont le plus souvent formulé celui-ci auprès d'un professionnel. Ces deux éléments concordent donc également.

Lorsque le projet de naissance n'est pas donné ou exprimé à l'équipe (56%, n=53), c'est parce que les femmes n'en ressentaient pas le besoin dans la majorité des cas (n=29).

Ainsi, on peut supposer que les femmes trouvent un intérêt au projet de naissance puisqu'une part non négligeable de notre population en a réalisé un. Néanmoins il semblerait que le but principal n'est pas de le formuler à l'équipe. Ainsi, les femmes doivent trouver un autre intérêt à élaborer un projet de naissance. Cet intérêt se retrouve dans les réponses aux questions ouvertes [Annexes III].

4.2.4.1. Evaluation de l'outil « projet de naissance »

L'évaluation porte sur deux concepts : d'une part le fait de conseiller ou non le projet de naissance à une amie et d'autre part une note de 0 à 10.

Dans la majorité des cas les femmes ne savaient pas si elles conseilleraient ou non à une amie de concevoir un projet de naissance. Néanmoins, seulement la moitié de la population était informée à ce sujet et seulement 42 % avait élaboré un projet.

La note globale donnée au projet de naissance est supérieure à 7. Ce qui peut se définir comme une note convenable.

Au sein des deux méthodes d'évaluation, les femmes informées sur le projet de naissance le conseilleraient plus facilement à une amie [Figure 18]. De la même manière, les femmes ayant élaboré un projet le trouveraient plus utile et le conseilleraient plus facilement [Tableau XIII et Tableau XIV].

On peut penser que les femmes plus informées et / ou ayant conçu un projet trouvent plus de facilité à conseiller leur amie sur cet outil. Mais on peut supposer également que le projet de naissance leur apporte quelque chose. Elles le trouvent plus utile que les autres femmes.

On peut comprendre l'intérêt des femmes pour le projet de naissance vis-à-vis des réponses aux questions ouvertes [Annexes III]. Ainsi le projet de naissance est un outil qui peut être **rassurant** ; cet outil amène effectivement les femmes à se **projeter** aussi bien **dans le moment de la naissance** (et notamment en leur permettant de comprendre l'environnement qui entoure celle-ci) que dans **leur rôle de futurs parents**.

En effet, les parents se sentent **acteurs**, et peuvent donner leur avis. Ils se sentent consultés sur les décisions et cela leur permet d'**améliorer leur confiance en eux**.

Il ressort également un point important : le projet de naissance doit être **modulable**.

Tous ces mots posés par les femmes sur le projet de naissance sont en accord avec ce qui était évoqué dans la revue de la littérature. En effet, en 2006, J. Lothian rappelait l'intérêt principal du projet de naissance : il amenait la femme à « réfléchir sur ces choix » et à « promouvoir l'information » [30]. D'après P. Simkin en 2007, il devrait « inclure une discussion entre la femme et le soignant » [36].

Néanmoins certaines femmes ne semblent pas lui trouver d'intérêt car selon elles, les décisions doivent revenir à l'équipe médicale car elle seule a les compétences nécessaires. De plus, 47% des femmes n'ayant pas élaboré de projet de naissance expriment qu'elles n'en ressentaient pas le besoin.

4.2.4.2. Projet de naissance et vécu de l'accouchement

D'après les résultats retrouvés, le projet de naissance n'aurait pas d'influence sur le vécu de l'accouchement [Tableau XV]. Néanmoins, ce point est à nuancer.

En effet, d'une part, l'évaluation du vécu était très sommaire. Il aurait été judicieux de séparer le vécu en rapport avec l'accompagnement, la douleur, l'écoute, etc.... et de ne pas résumer celui-ci à une seule appréciation sur une échelle numérique. Effectivement, A. Moreau cite dans son étude le « Wijma-Delivery Experience Questionnaire » comme outil pour évaluer le vécu de l'accouchement [37]. Une analyse qualitative semble donc beaucoup plus appropriée pour analyser celui-ci.

De plus, la période suivant l'accouchement peut être entourée d'un « Halo effect » qui amène les femmes à évaluer leur vécu différemment [26]. Ainsi, il aurait été plus juste d'évaluer le vécu à distance et notamment plus de 3 mois après l'accouchement.

Aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre le vécu global de l'accouchement des femmes ayant élaboré un projet les autres.

Aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre le vécu global de l'accouchement des femmes ayant élaboré un projet de naissance et les autres.

Cette constatation est en accord avec une publication évoquant l'absence d'association suffisante retrouvée entre l'élaboration d'un projet de naissance et le vécu de l'accouchement des femmes [38].

Si effectivement aucun bénéfice n'est retrouvé à ce niveau là, il semblerait comme nous l'avons vu juste avant, que les femmes trouvent ce bénéfice ailleurs.

4.2.5. Prise en charge des femmes ayant communiqué un projet à l'équipe

L'évaluation est ici limitée.

D'une part les résultats sont basés sur un petit échantillon (n=53).

De plus, celle-ci est axée sur des pratiques très médicales ce qui a probablement interféré avec la compréhension des femmes. Ceci est d'ailleurs vérifié en partie car un nombre non négligeable de femmes a répondu « ne sait pas » pour chacun des items.

Enfin, il semble également important de dire que pour évaluer la compréhension des femmes et la perception de leur prise en charge, on ne doit pas se baser uniquement sur des aspects très « techniques ».

Néanmoins, nous pouvons noter que seulement 57% des femmes ayant élaboré un projet sont accompagnées par un professionnel dans cette démarche. La place du professionnel dans l'élaboration d'un projet de naissance peut se discuter. Néanmoins, il semble intéressant de partager le projet avec un professionnel car il doit découler d'une information adéquate (et notamment sur les aspects médicaux il semble difficile que le professionnel n'ait pas sa place) [3].

Il semblerait que la personne de choix pour faire part du projet de naissance est la sage-femme et que le moment idéal soit durant une consultation. Ainsi, si la possibilité de concevoir un projet de naissance semble être évoquée durant les séances de préparation à la naissance, le moment pour le formuler est différent. L'hypothèse suivante peut être évoquée : les personnes réalisant la préparation à la naissance sont en grande partie extérieures aux établissements qui accueillent les femmes pour l'accouchement. En effet, la majorité de la préparation à la naissance est, rappelons-le, réalisée par les sages-femmes libérales. Or, la possibilité d'accès à un plateau technique est extrêmement limitée actuellement et presque inexistante en Auvergne.

L'écoute et le respect du projet de naissance semblaient satisfaisants d'après les femmes [Tableau XVI et XVII].

Il ressort de cet échantillon une certaine satisfaction des femmes quant à la prise en charge réalisée. Il existe néanmoins des regrets notables et particulièrement : l'utilisation du Syntocinon®, la mise en place d'une analgésie péridurale, le recours à une césarienne et le recours à une épisiotomie [Tableau XVIII].

4.3.Projet d'action

Le projet de naissance est un outil apparemment mal connu par les femmes. Celles-ci reçoivent peu d'information à ce sujet et notamment de la part d'un professionnel de santé.

Si le projet de naissance ne semble pas avoir d'impact réel sur le vécu global de l'accouchement, les femmes lui trouvent un intérêt.

Nous avons vu que le moment clé pour évoquer le projet de naissance semble être la préparation à la naissance et entre autre la 1^{ère} séance. Pour autant si la participation aux séances de préparation à la naissance est importante, nous avons noté que peu de femmes bénéficient d'un entretien individuel prénatal tel que prévu lors de la 1^{ère} séance. Ainsi, l'accès à l'information sur le projet de naissance serait probablement amélioré si la participation à un entretien prénatal était augmentée.

Néanmoins, le projet de naissance n'est pas une obligation. Ainsi, les professionnels de la périnatalité pourraient réaliser une information systématique à ce sujet (notamment durant l'entretien prénatal), chaque femme / couple choisissant finalement s'il souhaite s'engager dans cette démarche. Il serait important de préciser au couple clairement les objectifs du projet de naissance.

Une plaquette pourrait être distribuée aux femmes afin de faciliter l'information. Cette brochure serait remise à la patiente soit lors de la première consultation, soit lors de la première séance de préparation à la naissance [Annexe IV].

Ce support ne peut pas constituer une information totale et exclusive. Si la femme / le couple souhaite effectivement s'orienter vers l'élaboration d'un projet de naissance, il faudra leur proposer un accompagnement, une réflexion, des discussions et des informations complémentaires sur ce sujet et sur son contenu. Ces discussions incluront une notion essentielle : le projet de naissance est constamment modulable.

L'accompagnement pourrait entre autre avoir lieu durant les séances de préparation à la naissance ou pendant les consultations. De plus, pour que cet accompagnement soit le plus possible basé sur une relation de confiance, il serait intéressant de limiter le suivi de la grossesse par un seul et même professionnel. En cas de grossesse physiologique il devrait être un professionnel de première ligne (et notamment une sage-femme).

Dans la même optique, il serait également intéressant de promouvoir le suivi global. Le professionnel présent pour la naissance serait celui qui a accompagné le couple dans la démarche du projet de naissance. Ce type de suivi permettrait de mettre en place une relation basée sur la confiance au sein de laquelle le projet de naissance serait élaboré. La réalisation du projet de naissance serait facilitée au sein d'une telle relation sage-femme / couple.

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence le manque d'information reçu par les femmes sur le projet de naissance (50% de la population informée) ainsi que la faible place des professionnels dans cette information (26,8% des femmes informées par un professionnel de santé).

L'élaboration d'un projet de naissance concernait seulement une petite moitié de notre population. La plupart de ces projets n'étaient pas formalisés par écrit. La moitié des femmes ayant élaboré un projet de naissance ne le formulait pas auprès d'un professionnel de santé.

D'après les résultats, c'est principalement par manque d'information que le projet de naissance n'est pas élaboré.

L'entretien individuel prénatal au cours de la première séance de préparation à la naissance semble être un élément clé dans l'information par les professionnels sur le projet de naissance. Seule une minorité de femmes bénéficie de cet entretien.

Ainsi notre hypothèse de départ est confirmée. Il existe réellement un manque d'information sur le projet de naissance émanant des professionnels de santé.

Pourtant il ressort de l'étude que le projet de naissance présente un réel intérêt pour les femmes et le couple. En effet, il leur permet de se préparer à devenir parents et de se projeter en tant que tels. Cette démarche s'inscrit donc bien dans une démarche de préparation à la naissance et à la parentalité qui est alors très personnelle.

Il serait intéressant d'évaluer les pratiques des professionnels de santé sur l'information et l'accompagnement du projet de naissance et de connaître leur opinion sur ce sujet. Cette enquête pourrait constituer une évaluation des pratiques professionnelles également puisque l'information des femmes sur ce sujet est une recommandation professionnelle....

En conclusion, ce travail m'a permis de comprendre l'intérêt d'un accompagnement ciblé, personnel et global à la naissance et à la parentalité. C'est une démarche importante et je m'engage à défendre ce point de vue dans ma future profession.

Références

- [1] HAS. Recommandations professionnelles relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité Novembre 2005. [consulté le 14/09/2011].
Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
- [2] Plan périnatalité 2005-2007 Humanité Proximité Sécurité Qualité. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [3] Harding D. La liberté de choix en matière d'accouchement. Dans : Ann Page L. eds. Le nouvel art de la sage-femme. Paris : Elsevier ; 2004. p. 69-83.
- [4] Durand B, Houssemaine-Florent H, Ouvrard C. Le Petit Larousse 2003. Paris : Larousse ; 2003. p. 828
- [5] Boutinet JP. Anthropologie du projet. 2. Paris : Quadrige Puf ; 2010.
- [6] Pauchet-Traversat AF. Naître en France. Actualité et dossier en santé publique (AdSP). 2007 2008 ; 61 62 : 22-27
- [7] Gamelin-Lavois S. Préparer son accouchement faire un projet de naissance. Saint-Julien-en-Genevois : Jouvence ; 2006
- [8] Carrefour naissance. Les projets de naissance en question [consulté le 17/08/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://users.swing.be/carrefour.naissance/doleances/ProjetDeNais.htm> >
- [9] HAS. Recommandations professionnelles relatives au suivi et à l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Mai 2007 [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
- [10] Gamelin-Lavois S. Le projet de naissance [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/0/33/11/36/biocontact-pdn.pdf>

- [11] Ministère de la santé. Evaluation du plan perinatalite 2005-2007 - Rapport final [consulté le 08/12/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf
- [12] Blanchot-Isola C. Dialogues impossibles ?. Les Dossiers de l'obstétrique 2001 ; 295 : 2.
- [13] République Française. Article 4127-307 du code de la santé publique codifié par : Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique. JO du 8 août 2004 page 14150
- [14] ASNASAF. 36èmes Assises nationales des sages femmes 19^{ème} session européenne [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.cerc-congres.com/20080521_AssisesSF/CR_Marseille_2008.pdf
- [15] Sante gouv. La collection éditoriale - Les guides - Guides et fiches pratiques - Vos droits - Espace droits des usagers - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé) [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>
- [16] République française. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO du 5 Mars 2002.
- [17] République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 37 modifie Code de la santé publique - art. L1111-2 (V)
- [18] Cochrane pregnancy and childbirth group. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://pregnancy.cochrane.org/>
- [19] République française. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. JO du 7 août 2004.

- [20] CNGOF. CNGOF en direct 31 – Etats généraux de la naissance. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_31.HTM
- [21] DREES. N° 660 - Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé). [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/satisfaction-des-usageres-des-maternites-a-l-egard-du-suivi-de-grossesse-et-du-deroulement-de-l-accouchement.html>
- [22] OMS. Les soins liés à un accouchement normal. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/index.html
- [23] HAS. Recommandations professionnels relatives à comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
- [24] Alliance francophone pour l'accouchement respecté. AFAR, Alliance francophone pour l'accouchement respecté. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://afar.info/>
- [25] Collectif inter associatif autour de la naissance. CIANE – Collectif interassociatif autour de la naissance. [consulté le 5/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://ciane.net/Ciane/Ciane>
- [26] Simkin P. Just another day in woman's life ?. Birth. 1991 ; 18 : 203-210.
- [27] M Whitford H. M Hillan E. Women's perceptions of birth plans. Midwifery. 1998 ; 14 : 248-253.
- [28] D Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : A systematic review. AJOG. 2002 ; 186 : 160-172.

- [29] CNGOF. Le projet de naissance (comment faire en pratique). [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2008/confs2008/028/Media/index.htm
- [30] Lothian J. Birth plans : The good, The Bad, and the Future. JOGNN 2006 ; 35 : 295-303.
- [31] Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants, INSERM. Enquête Nationale Périnatale 2010. [consulté le 1/02/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf
- [32] République française. Nomenclature generale des actes professionnels (NGAP) Restant en vigueur depuis la decision UNCAM du 11 mars 2005. [consulté le 08/12/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ngap-03-2011.pdf
- [33] Merg-Essadi D. Mise en place de l'Entretien prénatal précoce, une exploration des représentations et des questionnements un an après la loi du 5 Mars 2007. Les dossiers de l'obstétrique 2008 ; 375 : 3-11.
- [34] Référentiel de formation à l'entretien du premier trimestre. [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.afree.asso.fr/Refrentiel.pdf>
- [35] DRESS. L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communication. [consulté le 3/03/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er557.pdf>
- [36] Simkin P. Birth Plans : After 25 Years, Women still want to be heard. Birth. 2007 ; 34 : 49-51
- [37] Moreau A. Kopff-Landas A. Séjourné N. Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2009 ; 37 : 236-239

- [38] Brown S. Lumley J. Communication and decision-making in labour : do birth plans make a difference ?. Health Expectations. 1998 ; 1 : 106-116

Annexes

Annexes I : HAS – Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP



Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les recommandations professionnelles, l'argumentaire et la fiche de synthèse sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP

Les objectifs spécifiques et le contenu sont individualisés, hiérarchisés et adaptés :

- à chaque étape du processus de naissance (début de la grossesse, préparation au travail et à la naissance, soins essentiels au nouveau-né, soutien à la fonction parentale) ;
- aux moments où sont proposées les séances (avant la naissance, durant le séjour à la maternité, à domicile dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité ou de besoins éducatifs complémentaires identifiés à tout moment de la période périnatale, à distance de la naissance) ;
- aux besoins différents des femmes selon qu'il s'agit d'une première grossesse, d'une grossesse multiple, d'une grossesse précoce (adolescente).

Objectifs spécifiques	Contenu
1. Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé	
Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • vécu de la grossesse, de la transformation du corps, conséquences de la grossesse sur le couple, la vie familiale, sociale, professionnelle, l'environnement affectif, attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, importance d'un soutien social après la naissance (soutien affectif, partage d'informations, ressources matérielles, services) • expérience et connaissance acquises pour les soins du bébé, sa sécurité, ses comportements habituels (sommeil, pleurs), son alimentation.
2. Comprendre, s'expliquer	
<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des suites de l'accouchement • S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse 	<p>La grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • changements physiques et affectifs, modifications psychologiques durant la grossesse et adaptation à ces changements • symptômes mineurs durant la grossesse • nutrition durant la grossesse et après l'accouchement • sexualité durant la grossesse • Renforcement des messages délivrés en consultation de suivi de la grossesse sur les méfaits et conséquence de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues <p>L'accouchement et la naissance déroulement du travail et de la naissance</p> <ul style="list-style-type: none"> • soulagement de la douleur durant le travail • aborder la question de la présence de l'entourage pendant le travail • pratiques habituelles durant le travail • autres modes d'interventions au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne) • Visite de la salle de naissance souhaitable <p>En salle de naissance</p> <ul style="list-style-type: none"> • contact "peau-à-peau" avec le nouveau-né, mise au sein et allaitement maternel si souhaité • explication des soins à la naissance : surveillance attentive et évaluation clinique du nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les risques liés au mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues, tabac, alcool • Automédication

<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant 	<p>Le développement de l'enfant et ses acquisitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement psycho-moteur : <ul style="list-style-type: none"> ▸ suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents ▸ appréciation des différentes acquisitions lors des examens successifs dont bénéficiera l'enfant, notamment lors des consultations « charnières » du carnet de santé (4 mois, 9 mois, 24 mois). • Au niveau sensoriel : <ul style="list-style-type: none"> ▸ l'orientation visuelle vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit une cible sur 90°. ▸ les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort : il sursaute ou grimace, modifie son état de vigilance. ▸ en cas de doute, un examen ophtalmologique ou un dépistage auditif peuvent être réalisés dès les premiers jours de vie. <p>Le développement psycho-moteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Association de la vie de couple à la fonction de parent • attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille • présence ou non de supports familiaux au moment de la naissance et à distance de la naissance • modes d'accueil de l'enfant après le congé maternité, vie professionnelle
3. Repérer, analyser	
<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> • changements normaux durant la grossesse et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence • signes précurseurs du début du travail, conseils pour gérer les contractions et venir au bon moment à la maternité
<ul style="list-style-type: none"> • Analyser une situation à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'alerte précoce pour la mère après la naissance : fièvre, saignements, difficultés d'allaitement • Signes d'alerte précoce pour le bébé : troubles fonctionnels du nourrisson (tristesse, changement de comportement, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance)
4. Faire face, décider	
<ul style="list-style-type: none"> • Décider d'être accompagnée durant l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • Place du père ou d'une autre personne lors de l'accouchement
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la mère : périnée, cicatrice de césarienne, seins • Pour l'enfant : bain, soins du cordon, précautions d'hygiène générale,
<ul style="list-style-type: none"> • Décider du mode d'alimentation du bébé • Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant • Contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité 	<p><i>Alimentation du nourrisson à la naissance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avantages de l'allaitement maternel, allaitement à la demande, cohabitation mère-enfant à la maternité, etc. <p><i>Alimentation du nourrisson jusqu'à 4 à 6 mois :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avantages de l'allaitement maternel (nutritionnels, immunologiques et relationnels). • Les préparations pour nourrissons (ex, laits 1^{er} âge) répondent aux besoins nutritionnels de l'enfant pendant cette période.

	<p><i>Alimentation de transition et de diversification de 4-6 mois à 9-12 mois</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le lait est soit le lait maternel, soit une préparation de suite (ex, laits 2^{ème} âge). La diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers six mois. <p><i>Alimentation après 9-12 mois</i></p> <ul style="list-style-type: none"> L'alimentation est quasiment de type adulte avec apport de lait de croissance de façon prolongée. <p><i>Les suppléments indispensables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> vitamine D et fluor, tous les jours vitamine K, toutes les semaines pendant l'allaitement maternel exclusif <p><i>La prévention de l'allergie alimentaire s'adresse aux nouveaux-nés issus de famille « allergique » (père, mère ou fratrie avec manifestations allergiques). L'explosion de l'allergie alimentaire avec ses conséquences (eczéma, douleurs abdominales, asthme, urticaire, choc) en fait un problème de santé publique.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Débuter précocement les mesures suivantes : allaitement maternel exclusif ou lait hypo-allergénique jusqu'à six mois, retard de la diversification alimentaire au-delà de six mois : fruits et légumes à six mois (en évitant les fruits exotiques), œuf et poissons à partir de douze mois, arachide et fruits à coque vers cinq-six ans. <p><i>L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique. Sa prévention doit être précoce par la promotion d'une alimentation équilibrée riche en fruits et légumes, la proscription des boissons sucrées et du grignotage entre les repas, l'encouragement à l'exercice physique dès l'âge de la marche</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Comprendre les comportements habituels de l'enfant Faire face aux pleurs de l'enfant 	<p><i>Protéger le sommeil de l'enfant dès la naissance est essentiel pour préserver sa santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> environnement calme respect de son rythme de sommeil Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers trois mois, 10 heures vers six mois. Avertir les parents <i>du danger de secouer un enfant</i> parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énervement (risque de séquelles neurologiques redoutables) Manières de faire face à une agitation de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> mettre l'enfant en sécurité dans son lit se faire aider en parler, demander conseil La survenue de <i>cris excessifs</i> –« coliques du nourrisson » – est fréquente (notamment en fin d'après-midi et le soir) : Ils sont calmés par l'alimentation et sont isolés (absence de troubles digestifs objectifs et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers trois mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du

	régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique et rassurera les parents.
<ul style="list-style-type: none"> ● Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance ● Décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fatigue après la naissance et dans les premiers mois de vie de l'enfant : se reposer ou dormir entre les tétées ou les biberons. ● Difficultés d'allaitement (douleur, lésions des mamelons, engorgement, mastite, insuffisance de lait lors de la reprise des activités) : position correcte du nourrisson lors des tétées, augmentation transitoire de la fréquence et la durée des tétées et recherche de soutien auprès de professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés (Anaes allaitement maternel 2002). <p><i>L'enfant malade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pendant les premières semaines de vie, prévenir les parents que la persistance d'un symptôme anormal (modification du comportement, arrêt de la prise alimentaire, respiration rapide, changement de coloration, fièvre au-delà de 38°C) impose une consultation médicale rapide. ● Conduite à tenir en cas de fièvre : lutter contre l'inconfort de l'enfant et prévenir la déshydratation : découvrir l'enfant et lui donner à boire fréquemment)
<ul style="list-style-type: none"> ● Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissance des modalités de recours de proximité en cas de complication ou de perception d'une situation d'urgence (sage-femme, médecin généraliste) ● Mise en contact avec des associations, un service d'écoute téléphonique, les services de la PMI, etc.
5. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation	
<ul style="list-style-type: none"> ● Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant 	<p>Activité physique, gestion du stress</p> <p>Aménagement du temps de travail et du temps de transport</p> <p>Conseils pour le choix du matériel de puériculture</p> <p>Conseils pour la qualité de l'environnement à domicile : température ambiante, tabagisme de l'entourage y compris passif, plomb</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions 	<p>Modalités de sortie précoce de la maternité</p> <p>Organisation des conditions domestiques de retour à domicile (aide de la famille proche, congé du père, travailleuse familiale, etc.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Résoudre des difficultés d'allaitement 	<p>Position pour une succion efficace</p> <p>Reconnaissance d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée</p> <p>Vérification à la maternité ou à domicile de la prise correcte du sein et de l'efficacité de la succion.</p> <p>Recours à des associations de soutien, à la PMI</p> <p>Conseils de prévention de l'engorgement (tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Comprendre la prévention des risques pour l'enfant 	<p><i>La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit ● éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les sur-pyjamas ou les turbulettes ● préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des six premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée ● limiter la température de la pièce à 19°C ● éviter le tabagisme autour de l'enfant. <p><i>Les circonstances d'accidents les plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la</i></p>

	<i>table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte).</i>
6. Pratiquer, faire	
<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins 	Exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme Techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter le travail et la naissance Positions de protection du dos pendant la grossesse Positions de protection du dos pour la période postnatale (soulever et porter l'enfant, ramasser les jouets) De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée), sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, acupuncture, yoga.
<ul style="list-style-type: none"> ● Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse 	Rééducation postnatale : rééducation du <i>post-partum</i> (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.
<ul style="list-style-type: none"> ● Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé 	Conseils d'hygiène générale Bain, change, habillement, soins des yeux, du nez et des oreilles Conseils pour le choix des produits d'hygiène du nouveau-né
7. Adapter, réajuster	
<ul style="list-style-type: none"> ● Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né 	Mesures simples pour prévenir les infections virales chez le nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ● lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant, ● port de masque lors des repas chez les parents qui toussent, ● éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et sœurs, ● éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transport en commun, supermarchés).
<ul style="list-style-type: none"> ● Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques 	Equilibre alimentaire durant la grossesse, après l'accouchement et en cas d'allaitement
<ul style="list-style-type: none"> ● S'ajuster aux besoins d'un bébé 	Comprendre les exigences d'un nourrisson et savoir y répondre Confiance en sa capacité de donner les soins essentiels au bébé (mère et père)
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	
<ul style="list-style-type: none"> ● Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible 	Connaissance de l'offre de soins de proximité
<ul style="list-style-type: none"> ● Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé 	Le carnet de maternité : remis à chaque femme enceinte contient les informations sur le suivi de la grossesse et des messages d'éducation à la santé et de prévention. <i>Objectifs de la consultation postnatale pour la mère dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale. ● Parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des signes évocateurs d'une dépression du <i>post-partum</i> • Faire un examen gynécologique • Aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple • Envisager la rééducation du <i>post-partum</i> • Le suivi de l'enfant <p><i>Les examens médicaux obligatoires pour l'enfant (9 la première année : un par mois pendant les 6 premiers mois) pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la surveillance de la croissance staturale-pondérale et du développement physique, psycho-moteur et affectif de l'enfant • le dépistage précoce des anomalies ou déficiences • la pratique des vaccinations. • Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents. • Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé. <p><i>Le carnet de santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • a valeur de carnet de vaccination • est la propriété des parents (document médical confidentiel). • La famille est seule à décider de sa présentation au médecin et seul le médecin de la crèche ou de l'école est habilité à en prendre connaissance. Il doit accompagner l'enfant lors de ses déplacements en dehors de son lieu de résidence habituel. Il constitue un outil d'éducation pour la santé par les informations et conseils à destination des parents qu'il contient
<ul style="list-style-type: none"> • Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement 	<p>Orientation vers des contacts possibles avec des professionnels médico-sociaux, des associations d'usagers</p> <p>Informations utiles sur les ressources de proximité disponibles pour mener à bien le projet de naissance et créer les liens sécurisants en particulier pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité et pour les femmes ayant un handicap ou une maladie invalidante (accompagnement, solutions pour faciliter la vie dans les domaines de mise en difficulté du fait de leur handicap)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher de l'information utile 	<p>Renvoi vers des brochures crédibles qui complètent l'information orale</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Faire valoir des droits (travail, maternité) 	<p>Informations sur les droits et avantages liés à la maternité</p>

Annexes II : Questionnaire

Le 8 Novembre 2011 à Clermont Ferrand

Mlle ROUSSET Cynthia
Etudiante sage-femme
Mail : roussetcynthia@hotmail.fr

Madame, Mademoiselle,

Actuellement étudiante en dernière année de cursus Maïeutique à l'Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'étude à propos de « l'information, l'accompagnement et le vécu des femmes sur le projet de naissance ».

Pour réaliser ce travail, j'ai besoin de votre participation.

Ce questionnaire comprend 17 questions et 12 pages.

Les réponses que vous me donnerez respecteront votre anonymat.

Je vous remercie par avance de votre participation et je me tiens à votre disposition pour toute remarque ou question.

Mlle ROUSSET Cynthia

Partie I : Mieux vous connaître

1. Quel âge avez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 20 ans ou moins | <input type="checkbox"/> Entre 31 et 35 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 21 et 25 ans | <input type="checkbox"/> Entre 36 et 40 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 26 et 30 ans | <input type="checkbox"/> 40 ans ou plus |

2. Votre niveau d'étude est ?

- ☐ Arrêt de scolarité avant l'entrée au collège
- ☐ Niveau collège, BEP, CAP
- ☐ Niveau Lycée, BAC, BAC PRO
- ☐ Etudes supérieures

3. Aviez- vous une activité professionnelle avant le début de votre congé maternel ?

- ☐ Oui, Laquelle ?.....
- ☐ Non

4. Cet accouchement était votre :

- ☐ Premier accouchement
- ☐ Second accouchement
- ☐ Troisième accouchement ou plus

5. Où avez-vous accouché cette fois-ci ?

- ☐ Maternité du CHU Estaing
- ☐ Clinique de la Chataigneraie
- ☐ Maternité du CH de Thiers
- ☐ Maternité du CH d'Aurillac
- ☐ Maternité du CH de Vichy
- ☐ Autre, précisez

Partie II : Concernant la grossesse que vous venez de vivre

6. La majorité des consultations médicales du suivi de grossesse (en dehors des échographies) ont été réalisées par :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une sage-femme | <input type="checkbox"/> libérale |
| | <input type="checkbox"/> exerçant en clinique |
| | <input type="checkbox"/> exerçant à l'hôpital |
| | <input type="checkbox"/> exerçant en PMI (protection maternelle et infantile) |
| <input type="checkbox"/> Un médecin | <input type="checkbox"/> généraliste |
| | <input type="checkbox"/> gynécologue libéral |
| | <input type="checkbox"/> gynécologue exerçant à l'hôpital |
| | <input type="checkbox"/> gynécologue exerçant en clinique |
- ☐ Vous avez bénéficié d'un suivi « mixte » reparti de manière égale entre deux professionnels. Précisez les deux professionnels de santé qui sont intervenus :

7. Durant votre grossesse, vous avez bénéficié d'un entretien prénatal précoce individuel ou en couple avec un professionnel de santé (ou d'une première séance individuelle de préparation à la naissance) ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, il a eu lieu avec :

- ☐ Une sage femme
- ☐ Un médecin généraliste
- ☐ Un médecin gynécologue obstétricien
- ☐ Autre, précisez :

8. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, elles ont eu lieu avec :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une sage-femme | <input type="checkbox"/> libérale |
| | <input type="checkbox"/> exerçant en clinique |
| | <input type="checkbox"/> exerçant à l'hôpital |
| | <input type="checkbox"/> exerçant en PMI (protection maternelle et infantile) |
- ☐ Autre, précisez :

9. Pensez-vous avoir le droit d'exprimer vos choix concernant :

Le suivi de la grossesse (personnes réalisant le suivi, lieu de suivi...)

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Le travail et l'accouchement (lieu d'accouchement, position d'accouchement, soins apportés à la maman)

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Les suites de l'accouchement (soins apportés à l'enfant durant le séjour à la maternité, retour à domicile, ...)

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

10. Un professionnel de santé a-t-il évoqué avec vous la notion de projet de naissance durant votre grossesse ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, ce professionnel était :

- ☐ Une sage-femme ☐ libérale
☐ exerçant en clinique
☐ exerçant à l'hôpital
☐ exerçant en PMI (protection maternelle et infantile)
☐ Autre, précisez :

11. Avez-vous eu connaissances de l'existence des projets de naissance par un autre intermédiaire que les professionnels de santé ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, vous en avez eu connaissances par :

- ☐ Une personne de la famille, amie, ou proche
☐ Les livres ou lecture (magazines) destinés aux femmes enceintes
☐ L'outil internet
☐ Autre, précisez :

12. Pour vous, un projet de naissance (une seule réponse à chaque fois)

a. Doit

- ☐ Nécessairement être écrit et donné à un professionnel de santé
- ☐ Nécessairement être écrit mais sans forcément être donné à un professionnel de santé
- ☐ Exister sans être sous forme écrite mais doit être exprimé envers un professionnel de santé
- ☐ Exister sans être sous forme écrite et sans nécessairement être exprimé envers un professionnel de santé
- ☐ Ne sais pas

b. A un contenu :

- ☐ Limité au moment de l'accouchement
- ☐ Qui comprend la grossesse l'accouchement ainsi que les suites de l'accouchement
- ☐ Ne sais pas

c. Se réalise :

- ☐ Nécessairement seule
- ☐ Nécessairement en couple
- ☐ Seule ou en couple selon le désir et possibilités des futurs parents
- ☐ Ne sais pas

d. Nécessite l'aide et l'accompagnement d'un professionnel de santé :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

e. Est :

- ☐ Un énoncé sur ce que la femme et/ou le couple souhaite ou ne souhaite pas
- ☐ Une réflexion débuté très tôt durant la grossesse et qui amène le couple à se projeter en temps que futurs parents
- ☐ Les deux
- ☐ Ne sais pas

13. Pensez-vous avoir réalisé un projet de naissance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

14. Répondez à la question A, B, C, D ou E selon votre situation :

A. ☐ Vous avez réalisé un projet de naissance, il était **sous forme écrite** et vous l'avez remis à un professionnel de santé de l'équipe ou de la structure qui a pris en charge votre accouchement

a/ Avez-vous été accompagnée par un professionnel de santé pour réaliser votre projet ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, ce professionnel était :

☐ Une sage-femme

☐ libérale

☐ exerçant en clinique

☐ exerçant à l'hôpital

☐ exerçant en PMI (protection maternelle et infantile)

☐ Autre, précisez :

Notez de 0 à 10 (0 : aucun accompagnement ; 10 : accompagnement idéal)

l'accompagnement que vous avez reçu par ce professionnel de santé :

b/ Le professionnel de l'équipe à qui vous avez remis votre projet était :

☐ Une sage femme

☐ Un médecin gynécologue

☐ Une cadre sage-femme

☐ Un médecin anesthésiste

☐ Autre, précisez :

c/ Vous avez remis votre projet de naissance pour la première fois :

☐ Durant une consultation

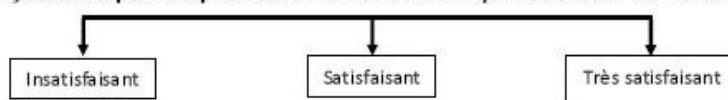
☐ Durant une séance de préparation à la naissance

☐ Dès votre arrivée en salle de naissance

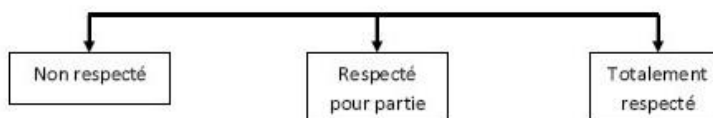
☐ Pendant le déroulement du travail en salle d'accouchement

☐ Autre, précisez :

d/ Noter sur l'échelle suivante une croix représentant la qualité de l'écoute que vous avez perçue de la part du professionnel de santé à qui vous avez remis votre projet :



e/ Noter de la même manière une croix représentant le degré de respect du contenu de votre projet de naissance par l'équipe médicale :



f/ Plus précisément concernant la prise en charge de votre accouchement :

Notez de 0 à 10 (0 = Mauvais vécu ; 10 = excellent vécu) le vécu que vous avez à ce jour de votre accouchement :

Remplissez le tableau suivant : (cocher les cases qui correspondent à votre cas) :

	Vous avez eu	Vous ne le souhaitiez pas au départ	Vous avez compris pourquoi il le fallait	Vous regrettez ce geste	Vous ne savez pas
Une voie veineuse					
Une perfusion					
Un déclenchement					
Un enregistrement continu du cœur du fœtus					
Une perfusion d'ocytocique					
Une anesthésie péridurale					
Une ventouse ou un forceps					
Une épisiotomie					
Une césarienne					
Une révision utérine					

Qu'est ce qui s'est passé comme vous le souhaitiez ?

.....

Au contraire, qu'est ce qui ne s'est pas passé comme vous le souhaitiez ?

.....

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....

[Fin du questionnaire question 15, 16, 17 page 12]

B. ☐ Vous avez réalisé un projet de naissance, il était **sous forme écrite** et vous **ne l'avez pas remis** à un professionnel de santé de l'équipe ou de la structure qui a pris en charge votre accouchement

a/ Vous n'avez pas remis votre projet de naissance car :

- ☐ Vous ne l'avez pas remis en main propre mais vous en avez tout de même discuté avec l'équipe
- ☐ Vous n'en avez pas ressenti le besoin
- ☐ Vous aviez peur de la réaction de l'équipe médicale
- ☐ Vous n'avez pas eu le temps
- ☐ Vous aviez remis votre projet de naissance à un professionnel n'appartenant pas à l'équipe et il vous a déconseillé de leur en faire part
- ☐ Vous aviez remis votre projet de naissance à un professionnel n'appartenant pas à l'équipe et cette démarche vous a suffi
- ☐ Autre, précisez :

b/ Plus précisément concernant la prise en charge de votre accouchement,

Notez de 0 à 10 (0 = Mauvais vécu ; 10 = excellent vécu) le vécu que vous avez à ce jour de votre accouchement :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....
.....
.....

[Fin du questionnaire question 15, 16, 17 page 12]

- C. ☐ Vous avez réalisé un projet de naissance, il était élaboré **dans votre esprit**, non écrit, et **vous ne l'avez pas exprimé** à un professionnel de santé de l'équipe ou de la structure qui a pris en charge votre accouchement

a/ Vous n'avez pas exprimé votre projet de naissance car :

- ☐ Vous n'en avez pas ressenti le besoin
- ☐ Vous aviez peur de la réaction de l'équipe médicale
- ☐ Vous n'avez pas eu le temps
- ☐ Vous aviez exprimé votre projet de naissance à un professionnel n'appartenant pas à l'équipe et il vous a déconseillé de leur en faire part
- ☐ Vous aviez exprimé votre projet de naissance à un professionnel n'appartenant pas à l'équipe et cette démarche vous a suffi
- ☐ Autre, précisez :

b/ Plus précisément concernant la prise en charge de votre accouchement,

Notez de 0 à 10 (0 = Mauvais vécu ; 10 = excellent vécu) le vécu que vous avez à ce jour de votre accouchement :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....
.....
.....

[Fin du questionnaire question 15, 16, 17 page 12]

- D. ☐ Vous avez réalisé un projet de naissance il était **élaboré dans votre esprit**, non écrit, et **vous l'avez exprimé** face à un professionnel de santé de l'équipe ou de la structure qui a pris en charge votre accouchement

a/Avez-vous été accompagnée par un professionnel de santé pour réaliser votre projet ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, ce professionnel était :

☐ Une sage-femme

☐ libérale

☐ exerçant en clinique

☐ exerçant à l'hôpital

☐ exerçant en PMI (protection maternelle et infantile)

☐ Autre, précisez :

Notez de 0 à 10 (0 : aucun accompagnement ; 10 : accompagnement idéal)

l'accompagnement que vous avez reçu par ce professionnel de santé :

b/ Le professionnel de l'équipe envers qui vous avez exprimé votre projet était :

☐ Une sage femme

☐ Un médecin gynécologue

☐ Une cadre sage-femme

☐ Un médecin anesthésiste

☐ Autre, précisez :

c/ Vous avez exprimé votre projet de naissance pour la première fois :

☐ Durant une consultation

☐ Durant une séance de préparation à la naissance

☐ Dès votre arrivée en salle de naissance

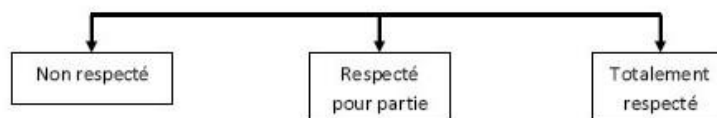
☐ Pendant le déroulement du travail en salle d'accouchement

☐ Autre, précisez :

d/ Noter sur l'échelle suivante une croix représentant la qualité de l'écoute que vous avez perçue de la part du professionnel de santé à qui vous avez remis votre projet :



e/ Noter de la même manière une croix représentant le degré de respect du contenu de votre projet de naissance par l'équipe médicale :



f/ Plus précisément concernant la prise en charge de votre accouchement :

Notez de 0 à 10 (0 = Mauvais vécu ; 10 = excellent vécu) le vécu que vous avez à ce jour de votre accouchement :

Remplissez le tableau suivant : (cocher les cases qui correspondent à votre cas) :

	Vous avez eu	Vous ne le souhaitiez pas au départ	Vous avez compris pourquoi il le fallait	Vous regrettez ce geste	Vous ne savez pas
Une voie veineuse					
Une perfusion					
Un déclenchement					
Un enregistrement continu du cœur du fœtus					
Une perfusion d'ocytocique					
Une anesthésie péridurale					
Une ventouse ou un forceps					
Une épisiotomie					
Une césarienne					
Une révision utérine					

Qu'est ce qui s'est passé comme vous le souhaitiez ?

.....

Au contraire, qu'est ce qui ne s'est pas passé comme vous le souhaitiez ?

.....

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....

[Fin du questionnaire question 15, 16, 17 page 12]

E. ☐ Vous ne pensez pas avoir réalisé de projet de naissance

a/ Pourquoi ne pas avoir réalisé de projet de naissance ?

- ☐ Vous ne saviez pas que c'était possible
- ☐ Vous aviez peur de la réaction des professionnels de santé
- ☐ Vous n'avez pas ressenti ce besoin car vous avez une confiance totale en l'équipe médicale
- ☐ Vous pensez que de toute manière il n'aurait pas été écouté
- ☐ Vous pensez que ce principe est inutile et ne vous aurez rien apporté
- ☐ Vous avez évoqué cette notion à un professionnel de santé et il vous a dissuadé d'en réaliser un
- ☐ Autre, précisez :

b/ Plus précisément concernant la prise en charge de votre accouchement,

Notez de 0 à 10 (0 = Mauvais vécu ; 10 = excellent vécu) le vécu que vous avez à ce jour de votre accouchement :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....
.....
.....

Fin du questionnaire :

15. Conseillerez-vous à une amie d'élaborer un projet de naissance ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Pourquoi ? Précisez :

.....
.....
.....

16. Notez de 0 à 10 l'utilité d'un outil comme le projet de naissance (0 = inutile ; 10 : très utile) :

- ☐ Non concernée

17. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation

Annexe III : Détail des réponses aux questions ouvertes

D'après les femmes le projet de naissance est :

- *« Une décision propre à chaque couple », un outil qui « aide à réfléchir en couple »*
- *Un outil qui « aide à visualiser son accouchement », permet de « mieux comprendre le moment de la naissance », « permet de savoir comment les choses se passent et d'y réfléchir », « améliore sa vision sur le côté très « technique » de la naissance » ; un outil qui « est très bien car la naissance est un moment important et le désir des parents aussi », « m'a permis de comprendre mieux l'environnement en salle d'accouchement et de très bien vivre les choses », « permet de mieux répondre aux questions qu'on se pose autour de l'accouchement »*
- *Un outil qui permet « d'ouvrir la discussion avec un professionnel », de « réaliser un travail d'équipe avec le professionnel », « de discuter avec les professionnels »*
- *« rassurant » ; Il permet de « gérer ses angoisses sur l'arrivée de bébé »*
- *Il permet de « s'imaginer futurs parents », « faire qu'on peut donner ce qu'il y a de mieux à son enfant », « d'être acteur et d'augmenter sa confiance en soi », « permet d'être acteur dans un cadre mesuré », « de se projeter beaucoup en temps que futurs parents : c'est nous qui décidons ! »*
- *Est un outil « enrichissant s'il est accompagné »*
- *« Utile pour s'imaginer mais on doit être conscient que le projet n'est pas forcément réalisé », « bien pour connaître ses besoins mais il ne faut pas tout idéaliser » ; Il « doit exister mais doit toujours évoluer », « n'est pas là pour être suivi à la lettre », « doit être réalisé par les parents mais ils doivent être conscient qu'un projet est modifiable », « ne peut pas être catégorique ».*
- *« Réalisé par toutes les femmes au fond. Non ? »*
- *« Dommage qu'il ne soit pas évoqué car on a l'impression que tout est programmé à l'avance malgré nous »*
- *Une manière « d'imaginer les choses de se poser des questions même si on fait confiance à l'équipe »*
- *Quelque chose « d'inutile car interfère avec le rôle de la sage-femme »*
- *Quelque chose qui « amène une idée idéale et cela peut être décevant »*

- *« impossible car on ne peut pas dire les choses, nous ne sommes pas formé pour ! »*
- *« Il est un effet de mode »*

Annexe IV : Brochure proposée sur le projet de naissance

Faire un projet de naissance c'est :

Réfléchir au suivi de ma grossesse

Où ? Par quel professionnel de santé (*sage-femme ; médecin*) ?

Réfléchir à ce que veut dire pour moi devenir « **maman** », devenir « **papa** », devenir « **parents** »

Réfléchir aux **questions** que je me pose (et que le futur papa se pose) **sur l'accouchement** et à nos souhaits pour la naissance de notre enfant

Envisager le retour à la maison

Cette démarche vous intéresse ?

Parlez en à votre sage-femme !

Brochure réalisée par
Mlle ROUSSET Cynthia,
Etudiante sage-femme, dans le cadre d'un travail de
mémoire de fin d'étude :
« Le projet de naissance : Information des femmes
durant la grossesse ; Etat des lieux sur l'élaboration
d'un tel projet »

Le projet de
naissance :
Qu'est ce que c'est ?

Information destinée aux
futurs parents



Le projet de naissance



A qui en parler ?

À ma **sage-femme** (ou au professionnel de santé qui suit ma grossesse).

Le saviez-vous ?

Tous les futurs parents peuvent élaborer un projet de naissance !

Quand en parler à un professionnel de santé ?

En parler n'est pas une obligation.

Mais le formuler peut aider les professionnels à mieux cerner mes besoins.

Quand faut-il y penser ?
Dès le début de la grossesse

Je peux en parler à tout moment et en particulier pendant les séances de **préparation à la naissance**.

Pourquoi réaliser un projet de naissance ?

Il permet de **mieux communiquer** avec l'équipe mais aussi de mieux se situer durant la grossesse, la naissance et l'après-accouchement.



C'est la première séance de préparation à la naissance, prise en charge à 100% par la sécurité sociale.

Elle peut avoir lieu dès le début de la grossesse mais également tout au long de celle-ci !

Elle peut vous permettre d'aborder le projet de naissance.